# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1890

90182

PARIS. — IMPRIMERIE A. LAVY, 52, RUE MADAME

ANNÉE 1890

# GAZETTE MÉDICALE

## DE PARIS

SOIXANTE-ET-UNIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME VII

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

**Docteur F. DE RANSE**



PARIS
Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MÉDECINE MENTALE

NOTE SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LYPÉMANIE HYPOCONDRIAQUE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE (1), par le Dr Emmanuel Régis.

Il est généralement admis, depuis les travaux de M. Baillarger, que le délire hypocondriaque offre, dans la paralysie générale, un cachet spécial, comme le délire ambitieux. Les relations de ce délire avec la paralysie générale sont telles qu'il peut servir dans beaucoup de cas au diagnostic de la maladie à son début, et que, pour un certain nombre d'auteurs, il constitue dans toute mélancolie une présomption grave de terminaison plus ou moins prochaine par la démence paralytique.

Pour ma part, et jusque dans ces derniers temps, je ne me rappelle pas l'avoir jamais rencontré en dehors de la paralysie générale, en sorte que j'ai pris l'habitude, comme beaucoup, de le considérer comme à peu près pathognomonique.

Or le hasard a successivement placé sous mes yeux, depuis un an, quatre malades atteints de lypémanie, qui présentaient un délire hypocondriaque analogue sinon identique à celui de la paralysie générale, ce qui, pour deux d'entre eux surtout, contribuait à rendre le diagnostic particulièrement difficile.

Voici un résumé de ces observations :

OBSERVATION I. — *Hérédité cérébrale. A 55 ans, lypémanie anxieuse : délire de culpabilité imaginaire, refus d'aliments, tendance au suicide. Au bout de quatre mois, délire hypocondriaque pseudo-paralytique, s'associant au précédent. Passagèrement, idées absurdes de grandeur ne durant que quelques heures. Mort au bout de six mois dans le marasme mélancolique.*

Mme L..., 55 ans, mariée, est admise le 27 juillet 1888. Elle offre tous les symptômes d'une lypémanie aiguë à forme anxieuse (délire de culpabilité imaginaire, panophobie, refus d'aliments, tendance au suicide, excitation, insomnie). L'accès date de trois mois environ, mais depuis cinq ou six ans, époque de sa ménopause, la malade était devenue très nerveuse et très impressionnable. Elle a fait dans ces derniers temps de grands abus d'éther. La mère, très âgée, est bien portante, le père est mort d'apoplexie.

Jusqu'au 18 août, l'état reste le même et Mme L..., ne diffère en rien des lypémaniaques ordinaires. Son délire est le délire typique de la mélancolie, consistant en idées de culpabilité imaginaire avec crainte de châtiments. Elle croit que les gendarmes vont venir la chercher pour la conduire en prison et la faire mourir sur l'échafaud. Elle a été mauvaise fille et mauvaise mère ; elle est cause de la mort des siens, etc etc. Elle demande qu'on la serre jour et nuit très étroitement, parce qu'elle a peur de faire mal aux autres. Constipation opiniâtre, tremblement très marqué de la langue et des mains. (Ethérisme ?)

Le 15 août des idées hypocondriaques apparaissent mélangées au délire habituel, et dès l'abord elles revêtent la même forme que dans la paralysie générale.

La malade se dit bouchée, tout ce qu'elle a pris depuis deux mois n'est pas sorti ; elle ne va pas du corps, elle ne peut avaler, les

(1) Travail communiqué au Congrès international de médecine mentale, août 1889.

## FEUILLETON

ENCORE QUELQUES NOTES SUR JACQUES DAVIEL

Le mémoire si intéressant de Daviel, que j'ai publié dans la *Gazette Médicale* des 2, 9 et 16 novembre, est de la fin de 1756, au déclin de la vie du célèbre oculiste, mort en septembre 1762. Reportons-nous quelques années en arrière.

D'après ses biographes, Daviel se serait établi à Marseille dès 1719, mais, tout en fixant sa résidence dans cette ville, au moins pendant plus de vingt ans, il fit de nombreuses pérégrinations, en France et à l'étranger, soit avant, soit après sa découverte d'opération de la cataracte par extraction. Ce sont ces pérégrinations qu'il serait bien utile de connaître d'une manière précise, en raison des détails intéressants qu'elles peuvent ajouter à ce que nous savons de la vie si bien remplie de Daviel.

C'est ainsi que nous le voyons successivement appelé à Lisbonne, en 1736, puis à Modène, à Gênes et dans d'autres villes de l'Italie. Il fait plusieurs fois le voyage de Paris, jusqu'au moment où il s'y fixe en 1746 dit-on, se rend à Manheim en 1750, à Reims en 1751 en Espagne et à Bordeaux en 1754, parcourt la Belgique, visite Cologne, Munich etc. Dans chacune de ces villes, il fait un certain nombre d'opérations et il doit être facile, nous le répétons à dessein, de reconstituer, d'une manière assez complète, ces diverses périodes de l'existence de Daviel. Morand, dans l'éloge de son savant confrère, a indiqué la plupart des voyages dont nous venons de parler ; l'examen attentif des publications du temps est chose aisée, et je crois devoir le recommander à tous ceux qui, en ce moment même, me demandent des renseignements sur Daviel.

J'ai retrouvé dans les archives de notre Académie, en ce qui concerne le séjour de Daviel à Reims, des documents intéressants. Daviel avait adressé à l'Académie de chirurgie le résultat des opérations qu'il avait faites dans cette ville et l'Académie avait cru devoir charger Caqué, un de ses correspondants à Reims, de faire une enquête sur les malades opérés par l'oculiste en renom. Caqué, qui s'adjoignit plusieurs confrères, fit cette enquête avec soin et adressa, en novembre 1751, un rapport que je n'ai pu retrouver encore ici ; mais les papiers de Caqué sont à Reims, et

aliments passent dans sa tête. Anxiété continue avec crises d'exacerbation violente accompagnées d'insomnie complète et de refus d'aliments.

A dater de ce moment les conceptions hypocondriaques tendent à prédominer, toujours liées cependant au délire de culpabilité imaginaire. Les idées de suicide persistent et, dans ses crises aiguës, Mme L..., cherche à se mordre et à se blesser avec ses ongles. Il n'y a pas trace d'inégalité des pupilles, d'embarras de la parole, ni d'affaiblissement intellectuel.

A partir du mois de septembre, Mme L..., ne parle plus que de son impossibilité d'avaler, ses boyaux étant fermés. La nuit elle ne cesse de répéter avec de grands éclats de voix et des cris perçants qu'elle a les *voies digestives bouchées* (sic). Il est à noter que, durant les phases d'excitation, le délire se manifeste surtout sous la forme d'idées de culpabilité et de craintes de damnation, tandis que les conceptions hypocondriaques prédominent dans les intervalles.

Quoi qu'il en soit, les idées hypocondriaques deviennent de plus en plus fixes, et la malade se plaint sans cesse qu'elle a la cervelle vidée, des peaux dans l'intestin, l'estomac bouché, etc. Son alimentation devient de plus en plus difficile, et on la nourrit à la sonde pendant quelques jours du 18 au 26 septembre.

Le 1er octobre on m'apprend que pendant quelques instants, Mme L..., a manifesté des idées absurdes de grandeur. Elle s'est dite reine et fort riche. Ce délire que je n'ai pu constater par moi-même, s'est dissipé au bout d'une heure ou deux, et n'a jamais reparu depuis. Il n'a coïncidé avec aucun incident notable de la maladie. Les idées hypocondriaques, elles, persistent avec la même ténacité et la même fixité. Il s'y mêle toujours des préoccupations morbides relatives à la famille et au passé. Il semble même que la malade ait parfois des hallucinations nocturnes. Pendant deux ou trois nuits tout au moins, les 8, 9, et 10 octobre, elle a cru entendre en dehors la voix de son mari et des chiens se plaignant du froid. C'était peut-être là des illusions avec interprétations délirantes.

Les nuits deviennent, du reste, de plus en plus mauvaises et l'agitation anxieuse presque constante. Mme L.... est surtout tourmentée par l'idée qu'elle ne devrait pas manger, que les aliments remplissent sa tête, qu'elle va éclater. Elle mange cependant quand on la force. Mais elle maigrit rapidement et ne dort un peu qu'avec du chloral. Un de ses actes de prédilection, lorsqu'elle a les mains libres, c'est de saisir un bâton et de l'introduire dans son rectum, pour essayer de le déboucher.

L'intelligence et la mémoire persistent d'une façon absolue et, quand on l'interroge, on s'aperçoit que ses facultés intellectuelles, quantitativement, sont intactes.

Le 28 octobre le refus d'aliments redevient absolu, toujours sous l'influence des idées hypocondriaques. « Ça ne passe pas, je suis bouchée. Ça s'en va dans la tête. » Alimentation forcée, amaigrissement rapide, enfin décès le 30 octobre à 9 heures du soir, dans une espèce de marasme aigu, mélancolique, quelques instants après l'alimentation forcée qui a été suivie cette fois de vomissements abondants. La malade, avant de mourir a eu un court moment de lucidité ; l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION II. — *Hérédité cérébrale. A 45 ans lypémanie anxieuse : délire de culpabilité imaginaire, tendance au suicide. Au bout de deux ans, délire hypocondriaque pseudo-paralytique s'associant au précédent. Mort par suicide.*

Mme V..., 47 ans, est admise le 18 novembre 1888. Père mort à 60 ans d'une chute ; mère morte à 64 ans, à sa seconde attaque d'apoplexie ; grand-père maternel mort à 80 ans, également d'attaque. Frères et sœurs bien portants.

Rien à signaler dans l'enfance, sinon une prédisposition aux hémorrhagies nasales qui ont plusieurs fois nécessité le tamponnement. Réglée à 13 ans, et très régulièrement jusqu'à la grossesse. Mariée à 18 ans. Grossesse et accouchements normaux. Au cinquième mois de la lactation, disparition brusque du lait sous l'influence d'une émotion violente. Abcès laiteux sur différents points du corps, qui ont laissé des cicatrices encore très apparentes à la face palmaire de l'avant-bras gauche et à la cheville du pied gauche. Pendant quelque temps, tristesse, mais sans mélancolie véritable. Trois mois après, fièvre typhoïde abdominale grave. Convalescence longue et pénible. Crampes d'estomac consécutives. Suppression absolue et définitive des règles depuis cette époque, sauf une perte de deux jours, en décembre 1887. A part les crampes d'estomac, bonne santé habituelle jusque dans ces derniers temps.

C'est il y a deux ans que la maladie a commencé sans cause appréciable. Elle s'est traduite tout d'abord, à l'occasion de la construction d'une maison, par la crainte non motivée de la ruine, l'idée d'avoir trop sacrifié au bien-être personnel, et d'avoir été mauvaise mère, en ne réservant pas cet argent pour la famille. Ne pouvant plus voir sa maison sans d'affreux remords, Mme V..., se réfugia à la campagne. Au bout de deux mois, en mars 1888, ses inquiétudes s'augmentant, on la conduit à Paris, chez M. le professeur Charcot, qui constate chez elle une lypémanie anxieuse, et prescrit le traitement habituel par les douches et les calmants. Mais son anxiété s'accroît quand même et après un mois et demi de séjour à Paris, elle revient à la campagne, puis à la mer où, sous

---

j'ai tout lieu de penser qu'un médecin érudit de cette ville, M. le Dr Delacroix, qui s'occupe de tout ce qui peut intéresser la mémoire de Daviel, finira bien par mettre la main sur la minute de ce document.

Quoi qu'il en soit, l'Académie de chirurgie, fort soucieuse comme on le voit, d'appuyer son jugement sur des contrôles répétés, demande un nouveau rapport à Caqué à la fin de 1752, et les documents qui vont suivre témoignent de l'exactitude et du zèle du correspondant de l'Académie. En effet, le 15 janvier 1753, Caqué écrit au secrétaire du comité la lettre suivante :

Monsieur,

« Je me suis acquité, avec un vrai plaisir, de la commission dont vous m'avez honoré, de la part du comité, au sujet des cataractes opérées dans notre ville, par M. Daviel. Pardon du retard de ma réponse, sur cette matière. La difficulté de rencontrer, chez elles, les personnes dispersées çà et là dans la ville, et ses environs, en est l'unique cause.

Le mémoire ci-inclus suppose le souvenir de celui que j'ai eu l'honneur de vous envoyer, vers la fin de novembre 1751, lequel constatait l'état des malades que mes confrères et moi avaient vû dans le tems. Je ne peux, Monsieur, vous donner aujourd'hui des nouvelles de tous les malades, vû l'éloignement et l'ignorance de la demeure de quelques-uns. Je me contente de vous exposer l'état actuel des yeux opérés, sans tirer aucune conséquence, laissant à notre bonne mère votre compagnie illustre, le soin de juger du mérite de l'opération. Je souhaite que ce mémoire puisse lui servir, ne desirant rien plus que de me rendre utile à un corps aussi respectable, duquel j'ai l'honneur d'être correspondant. Je vous prie de croire que personne n'est avec plus de respect, et de reconnaissance que moi votre très humble et très obéissant serviteur. signé : Caqué.

Cette lettre est accompagnée du document ci-après :

MÉMOIRE

*concernant les opérations de la cataracte, faites par M. Daviel à Reims le mois de septembre mil sept cens cinquante-un.*

2. François Jaloux voit toujours très bien de l'œil droit. Le staphilome est disparu. La cicatrice de la cornée transparente est

(1) Les chiffres en marge, indiquent soit deux yeux opérés, soit un seul.

l'influence de bains multipliés qu'elle prend sans autorisation médicale, son état ne tarde pas à s'aggraver. Des idées de suicide se manifestent et une première tentative a lieu.

De retour chez elle, Mme V..., essaie de se calmer par un travail forcé, mais c'est en vain. C'est à ce moment (octobre 1888) que le jour se fit, dit-elle, dans son esprit et qu'elle comprit pourquoi elle était dans cet état. C'était une punition du ciel, à cause des mauvaises communions qu'elle avait faites. Cette révélation lui est venue par la voix de la conscience. (Il n'y a pas chez elle de véritables hallucinations.) Dès lors les crises s'augmentent, les tentatives de suicide se multiplient, l'insomnie devient complète, et la malade nous est conduite.

Elle offre tous les symptômes d'une lypémanie anxieuse type, avec délire de culpabilité imaginaire et crises paroxystiques d'angoisse mélancolique. Elle n'a pas le moindre signe physique ou mental qui permette de songer un seul instant à la paralysie générale. C'est une mélancolique comme toutes les autres, sans rien de particulier.

En février 1889, elle commence à se plaindre avec insistance de de sa santé. Déjà dès le début de son accès, elle avait éprouvé diverses sensations morbides et notamment des battements montant du creux de l'estomac jusqu'au cou. En ce moment, ces sensations s'exagèrent et la tourmentent beaucoup. Elle dit qu'il y a quelque chose « qui se condense en elle, elle a les poumons secs, les yeux secs, elle ne peut respirer d'aucune façon » Quand elle mange « ça passe, mais elle ne sent rien; c'est comme si quelque chose changeait de place dans sa bouche ». Son inquiétude se porte de préférence sur les organes respiratoires.

Souvent dans la journée et surtout quand elle est plus tourmentée, elle respire d'une façon rapide, haletante et avec bruit, comme si elle allait suffoquer. Il lui arrive fréquemment, aussi, de se faire saigner les narines avec des épingles et d'autres corps étrangers pour dégager les voies.

Elle était jusque-là très forte, mais commence à maigrir, bien que son alimentation soit restée régulière et suffisante.

Peu à peu les idées hypocondriaques tendent à prédominer et à revêtir l'aspect de celles qu'on observe dans la paralysie générale. Mme V..., dit qu'elle a « les poumons et la gorge bouchés; elle ne peut plus respirer, se coucher, s'asseoir, elle a une barre qui l'étouffe, son estomac est perdu; elle va mourir ». Anxiété et gémissements perpétuels. Insomnie, persistance de la tendance au suicide.

Ce qu'il y a de particulier dans cet état, c'est que le délire hypocondriaque, quoique prédominant, se rattache toujours à l'idée de culpabilité imaginaire et de contrition maladive qui lui sert de pivot et d'explication.

Ainsi Mme V..., si on l'interroge, prétend que son mal est un mal extraordinaire, au-dessus des ressources de l'art, envoyé du ciel en punition de ses sacrilèges. « Elle souffre de la main de Dieu. »

Dans ses lettres elle revient sur son passé et s'accuse toujours de méfaits imaginaires.

D'avril à juin, l'état reste stationnaire et se caractérise toujours par le même délire hypocondriaque, exprimé sous la même forme et combiné toujours au délire de culpabilité; mais la malade conserve quantitativement la plénitude de son intelligence, et en dehors de ses idées maladives, la majeure partie de sa lucidité.

L'examen des organes pratiqué à plusieurs reprises et avec soin, ne révèle rien d'anormal.

Bientôt les nuits deviennent plus mauvaises. Quelques-unes, dans ces derniers temps, ont été troublées par des cauchemars et des rêves terrifiants qui la réveillent en sursaut et la font crier. La malade s'est vue environnée de flammes et de serpents. Elle en a déduit qu'elle était en enfer, et que le ciel continuait à la punir.

Le 1er juillet, au moment où elle paraissait plus calme, Mme V..., trompant la surveillance dont elle était l'objet, réussit à se suicider.

(*A suivre.*)

## REVUE GÉNÉRALE

DES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PLÈVRE, par M. H. BARBIER.

*Suite (1).*

Ces inconvénients sont bien réels, et les injections pleurales, surtout celles faites avec les solutions phéniquées, ont, en ce qui concerne les accidents épileptiformes, une influence bien nette et bien connue.

Mlle Krafft en avait déjà signalé les dangers et en avait donné des preuves à l'appui. Depuis, ces crises épileptiformes ont fait l'objet de différents mémoires, et il y a là, de ce chef, un danger sérieux des injections pleurales (2).

(1) Pascale. Il Morgagni. Avril 1887 et Berbey. Rev. de médecine, 1886.
(2) Voir les numéros précédents.

adhérente à l'iris, dans l'endroit où était ce staphilome. La prunelle est sans ressort et reste oblique du côté de l'adhérence de la cicatrice de l'iris. Il y a, à la partie inférieure latérale interne de la cornée transparente, un embarras en forme de taye qui la rend opaque jusqu'au bord de la prunelle, qui est en partie couverte; cependant le malade distingue très bien les objets. L'œil gauche est perdu par l'opacité de la cornée transparente.

2. Je n'ai pu voir La Missa. Des bourgeois de cette ville dignes de foy, m'ont assuré qu'elle voyait fort bien de l'œil droit et qu'elle travaillait aux vignes. L'œil gauche est perdu.

2. Plageot a la prunelle de l'œil droit oblique; il y a toujours une espèce de taye à la partie inférieure et interne de la cornée transparente, qui la rend opaque jusqu'au bord de la pupille. La cicatrice dans l'endroit de cet embarras est adhérente à l'iris qui n'a aucun ressort. Le malade voit moins bien de cet œil que du gauche qui est en bon état, excepté un embarras léger aux environs de la cicatrice, mais qui ne s'étend pas jusqu'à la pupille qui a aussi perdu son mouvement. Cet homme ne peut qu'avec beaucoup de peine distinguer la monnaye.

2. Je me suis informé de Diancourt à une personne de Reims qui s'intéresse pour lui, elle m'a assuré qu'il ne voyait pas de l'œil dont l'humeur vitrée est sortie en partie dans l'instant de l'opération. Il voit peu de l'autre, et se conduit avec peine.

2. Duchêne voit toujours très bien d'un œil; il en distingue jusqu'à une épingle. Mais l'autre est perdu, et fait une saillie assez considérable à l'endroit de la prunelle.

2. Lepitre a l'œil gauche plus saillant que dans l'état naturel vis-à-vis de la cornée transparente. Le staphilome est disparu. La cicatrice est inégale et adhérente à la partie inférieure de l'iris. Il y reste un peu d'embarras dans toute la circonférence de la cicatrice qui s'étend jusque sur les bords de la prunelle, qui n'a aucun ressort. L'œil droit est moins saillant que le gauche, mais il l'est encore plus qu'il ne doit être. La cicatrice est bonne quoiqu'il y reste un embarras en forme de taye qui rend la cornée transparente vis-à-vis la prunelle, qui est aussi sans ressort. Le malade voit pour se conduire avec un peu de peine.

2. J'ai appris que Gailliot voyait très bien de l'œil gauche, qu'il faisait son métier de laboureur. L'œil droit est perdu.

2. La femme de Rilly voit si bien des deux yeux, qu'elle peut coudre, quoi qu'il y ait une petite taye à l'œil gauche à la partie

Mais il s'en faut que l'application de la pleurotomie antiseptique à un seul lavage soit applicable toujours.

Nombre de pleurésies ne guérissent pas ainsi par première intention au bout de quelques jours pendant lesquels la suppuration a continué à se produire, le pus devient odorant, et on est bien obligé de revenir à un nouveau lavage. L'erreur est donc d'élever cet unique lavage à la hauteur d'un procédé ou même d'une méthode. Le lavage a des indications très nettes, et l'erreur consiste aussi bien à en faire trop souvent et hors de propos, qu'à n'en faire qu'un après l'opération.

On peut néanmoins poser en règle ceci : c'est qu'après l'incision de la paroi costale, une fois le pus évacué, on devra faire l'injection, c'est-à-dire le lavage de la plèvre, panser et attendre. Si la suppuration diminue peu à peu, si aucune odeur ne se manifeste dans les produits qui s'écoulent, si le malade est sans fièvre, *attendre*.

Que si, au contraire, au bout de quelques jours ou plus tôt, le pus prend une mauvaise odeur et revêt l'aspect du pus de mauvaise nature, il n'y a pas de méthode qui tienne, il faut laver et bien laver. L'injection sera d'ailleurs poussée doucement et on veillera à ce que le liquide sorte librement, afin d'éviter la distension de la poche purulente et la rupture possible d'adhérences déjà formées. « *Tout en reconnaissant que la pleurotomie précoce et antiseptique doit être toujours appliquée au début pour s'efforcer d'obtenir la réunion par première intention de l'abcès pleural, ce qui est un immense avantage, il faut bien admettre que, dans un grand nombre de cas, la réunion ne pourra être obtenue, et qu'il nous faudra en venir aux lavages répétés de la plèvre.* » Dujardin-Beaumetz, leçon in bull. de Thérap., 1885.

Parmi les substances employées pour pratiquer les lavages de la plèvre, le chlorure de zinc à 3 ou 4 pour 100 semble être une substance de choix. On a proposé aussi l'acide phénique à 2 pour 100, l'eau bouillie ou salée, les solutions boriquées, l'acide salicylique à 5 pour 100.

On ne devra cependant pas oublier que les substances toxiques facilement absorbables, telles que l'acide phénique et l'acide salycylique ont donné lieu à des accidents d'intoxication. M. Dujardin-Beaumetz signale de véritables empoisonnements avec refroidissements et symptômes graves qui ont hâté la fin du malade. Nous avons vu des faits semblables signalés à propos de l'acide salicylique.

D'autre part, nous savons qu'on a souvent provoqué des accidents épileptiformes plus ou moins graves à la suite des lavages pleuraux. Or, il est avéré, que, plus que tout autre, l'acide phénique a la fâcheuse propriété de la provoquer facilement.

Quant aux résultats de traitement antiseptique de la pleurésie purulente, il est inutile d'y revenir en détail :

1° *Mortalité abaissée dans de sensibles proportions*,

2° *Durée de la maladie raccourcie*,

3° *Fréquence moindre des fistules pleurales*.

Tels sont les trois résultats qui ont fait de la pleurotomie une opération de choix, que tout le monde accepte aujourd'hui, dans le traitement de la pleurésie purulente.

## II

## PNEUMOTHORAX.

*Traitement antiseptique des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax.*

## II

L'idée et l'application de cette méthode appartiennent en propre au *professeur Potain* (1) qui en a fait l'objet d'une communication des plus intéressantes à l'Académie de médecine. Il en a posé nettement les indications et le mode opératoire. Des tentatives opératoires avaient été faites dans le but de vider la plèvre atteinte, les uns ayant évacué l'air y contenu, les autres ayant évacué à la fois et le liquide consécutif au pneumothorax et l'air même du pneumothorax. Certains, même, ayant cru remarquer que la disparition de l'air était précédée de la formation d'un épanchement et croyant voir dans la formation de celui-ci un phénomène favorable à la guérison, avaient essayé de créer d'une façon artificielle en injectant dans la plèvre un liquide capable, selon eux, de provoquer la guérison du pneumothorax. Ce sont deux opérations de ce genre qu'avait tentées *Billroth* (2) et sans aucun succès d'ailleurs. Les malades étaient morts presqu'immédiatement après l'opération

Cependant il est des cas où il faut intervenir ; c'est quand l'épanchement est assez abondant pour déterminer l'apparition des troubles de compression thoracique, qu'on regarde dans

(1) Bull. de l'Acad. de méd. Avril 1884.
(2) Cité par Potain.

---

inférieure de la cornée transparente. Les pupilles ont leurs ressorts.

2. La menuisière à l'œil gauche dans un si bon état, qu'on ne peut reconnaître qu'il a été opéré ; aussi elle voit mieux de cet œil que du droit, qui a la pupille oblique, et une espèce de taye à la partie inférieure et interne de la cornée transparente, qui s'étend jusque sur le bord de la prunelle. La cicatrice à l'endroit de la taye paraît adhérente à l'iris qui a peu de mouvement. La force de la vue de cette femme varie, elle voit plus ou moins bien, selon les tems ; dans celui qu'elle voit mieux elle ne peut qu'avec peine distinguer la petite monnaye.

2. M. Degranvallet chanoine, à l'œil droit en fort bon état, et sans aucune difformité. Le petit nuage est dissipé. Il voit de cet œil, de manière qu'il peut dire son bréviaire à la faveur de lunettes à cataractes. L'œil gauche est perdu.

2. Marie Bazin à l'œil gauche perdu, il est plus saillant que dans l'état naturel et souffrant de tems à autres. L'œil droit a la pupille oblique qui a un peu de ressort ; elle distingue la monnaye avec peine.

1. Le Sr Prevot a l'œil opéré perdu et plus saillant qu'il ne doit être.

2. Le Sr Gegot voit très bien des deux yeux ; il distingue dans les beaux jours de quel côté est tourné le cocq d'une flèche de cens cinquante pieds d'hauteur. On ne s'aperçoit nullement que ses yeux ayent été opérés. Les prunelles ont leurs mouvements.

1. La dame Jasot, ou maréchale, à l'œil opéré parfait, elle voit très bien, et la pupille susceptible de son ressort.

2. Claudine Michel est morte il y a quelques mois avec les yeux en fort bon état, et pouvant lire en mettant doubles lunettes, faute de lunettes à cataracte.

1. M. Briotel a l'œil opéré perdu.

2. Pasquiere a la prunelle de l'œil gauche un peu oblique, et sans mouvements. La cicatrice de la cornée transparente est adhérente à l'iris du côté de l'obliquité de la prunelle. Il y a toujours à l'œil droit une espèce de taye à la partie inférieure de la cornée transparente, qui s'étend jusque sur le bord de la prunelle, qui est aussi sans ressort. La malade voit et distingue la monnaye avec beaucoup de peine.

1. Mlle Noiron a l'œil opéré très beau. On reconnaît facilement

la pratique comme une indication formelle à la thoracentèse.

Mais ici, dans le cas de pneumothorax, l'évacuation du liquide ne se fait plus dans des conditions aussi simples que dans une pleurésie ordinaire, et ses inconvénients ont été passés en revue par le professeur Potain dans la communication que nous analysons.

Le premier de ces inconvénients, c'est la reproduction du pneumothorax. Voici comment :

*Ou bien la fistule bronchique est encore ouverte* et chaque quantité de liquide qu'on extrait est remplacée par une quantité équivalente d'air passant par cette fistule. Le résultat final, c'est le retour au point de départ ; la reconstitution pure et simple d'un pneumothorax. On entrevoit dès lors le cercle vicieux qui se prépare.

*Ou bien la fistule bronchique est cicatrisée*, mais, par suite de la dilatation que subit le poumon sous l'influence de l'aspiration produite par le liquide qui s'écoule, cette cicatrice trop faible se rompt, et nous avons reformé de toute pièce un pneumothorax pouvant se compliquer d'issue dans la cavité pleurale de produits purulents contenus dans une caverne.

Dans le cas où la fistule cicatrisée tient bon, on s'expose, surtout si la lésion est ancienne, et quelque précaution qu'on prenne, aux accidents habituels des déplacements pulmonaires rapides, c'est-à-dire, congestion intense avec asphyxie et sécrétion bronchique albumineuse. D'autre part, ou sait l'influence favorable sur la marche de la tuberculose pulmonaire exercée par les pneumothorax : il n'est donc pas sans inconvénient, au point de vue de ces accidents, de vider une plèvre alors que la compression pulmonaire qui est la conséquence de l'épanchement favorise la cicatrisation et la transformation scléreuse de lésions tuberculeuses.

C'est en se basant sur ces considérations que *M. le professeur Potain* a imaginé de *remplacer le liquide évacué par une quantité correspondante d'air stérilisé.* — L'opération nécessite deux ponctions du thorax, l'une pour l'aspiration, l'autre pour l'introduction de l'air. Voici en quelques mots la manière d'opérer.

L'opération comprend deux temps :

1° un préparatoire : *obtenir de l'air stérilisé.*

2° L'injection de cet air.

Pour obtenir l'air stérilisé, M. Potain se sert d'un appareil des plus simples qui comprend : 1° deux flaçons l'un à une tubulure A, l'autre à deux tubulures B, et un système de tubes en verre et en caoutchouc : 2° un tube en verre renfermant de la ouate stérilisée par le séjour pendant 2 heures à une température de 200 degrés.

*Le flacon B* est complètement rempli d'eau phéniquée : il communique par une tubulure avec une aiguille Dieulafoy par un tube en caoutchouc, tout ce système étant lui-même rempli d'eau phéniquée, et par l'autre tubulure avec *le flacon A*, par l'intermédiaire d'un système de tubes plongeant dans les deux flacons jusqu'au voisinage du fond. Le flacon A contient un peu d'eau phéniquée de façon à amorcer le siphon formé par le système de tube dont nous venons de parler.

Si l'on introduit alors l'aiguille dans le bouchon qui ferme le tube à ouate stérilisée, et qu'on fasse passer l'eau du flacon B dans le flacon A, le premier de ces flacons, de la contenance de 2 litres environ, se trouvera rempli d'air filtré et qu'on sait privé de germes depuis les remarquables travaux de M. Pasteur.

Cela fait, on fiche l'aiguille dans le sixième espace et, avec un appareil aspirateur ordinaire, on ponctionne dans le septième. Au fur et à mesure de l'écoulement du liquide on laisse passer l'air stérilisé de façon qu'à la fin de l'opération la quantité de liquide est remplacée par un quantité équivalente d'air. Un manomètre, ajouté à l'appareil, rend compte de la pression intrapleurale.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Pas de malaise, pas d'accidents. Soulagement immédiat du poids qui oppressait le malade, ni toux, ni douleur pendant l'opération, tels sont les phénomènes qui accompagnent ou qui suivent immédiatement l'introduction de l'air dans la plèvre.

Dans la première observation du mémoire de M. Potain, on doit refaire l'opération plusieurs fois, mais chaque fois la quantité du liquide extrait devenait de moins en moins considérable. 1600, 1500, 500 centimètres cubes, tels furent les chiffres successivement constatés. Le liquide n'eut jamais mauvaise odeur, et, phénomène important, les bacilles, qui existaient dans le liquide de la première ponction, avaient complètement disparu dans celui de la dernière.

Au bout de 288 jours, neuf mois et demi « *le pneumothorax* « *était absolument guéri, le thorax n'avait subi aucune défor-* « *mation, le poumon du côté malade respirait dans toute son* « *étendue* ». Voilà pour le pneumothorax proprement dit; mais là ne s'était pas bornée l'heureuse modification survenue sous l'influence du traitement. Le pneumothorax artificiel et aseptique aurait eu ses conséquences sur le poumon sous-jaceut. « *Loin de s'aggraver pendant la longue compression à laquelle le* « *poumon avait été soumis, les lésions constatées au début s'é-* « *taient manifestement amendées autant qu'on en pouvait juger* « *par la disparition des signes qui les avaient très positivement* « *révélées.* » En plus les crachats ne contenaient plus de bacilles.

Cette observation n'est pas la seule. Déjà, auparavant, M. Potain avait traité de la même manière un malade de son service et avec le même succès. Enfin, dans un troisième cas, l'amélioration avait été également très manifeste, et le malade n'avait dû, par la suite, qu'à son imprudence, la recrudescence de ses lésions pulmonaires.

Quelque bonne que soit en principe et en fait la nouvelle méthode de traitement des épanchements pleuraux consécutifs à la perforation de la plèvre viscérale, M. Potain ne la donne pas comme une méthode générale de traitement, il a eu soin d'en spécifier l'emploi et ses indications sont contenues dans la conclusion suivante :

Toutes les fois qu'un épanchement séreux ou séro-purulent non fétide est assez abondant pour comporter l'indication de la thoracenthèse, on aura soin de maintenir la tension intrapleurale au niveau de la normale, c'est-à-dire de 7 millimètres de mercure.

---

que la prunelle a été déchirée à la sortie du cristallin; cela n'empêche pas que l'iris n'ait son ressort, et que la malade ne voit au point de lire et d'écrire facilement avec des lunettes un peu convexes.

2. L'étonné a les yeux fort beaux, et en voit très bien.

A Reims ce quinze janvier mil sept cens cinquante-trois.

CAQUÉ.

Il est à souhaiter, je le répète, que la biographie complète de Daviel puisse être accompagnée de documents analogues aux précédents ; on ne lirait pas sans intérêt, certainement, l'historique de l'opération faite sur le paysan de Chamblanes âgé de 105 ans, opération couronnée de succès, dit Morand.

A nos confrères de province de fouiller les archives locales.

Dr A. DUREAU.

Si nous résumons en quelques lignes les avantages du nouveau procédé préconisé par M. Potain, nous trouvons :

1° Que l'air stérilisé est sans action nocive sur la plèvre et sur les produits épanchés.

2° Que par son emploi, on supprime les accidents dus à l'évacuation brusque de grands épanchements, et les ponctions multipliées.

3° Qu'enfin, en laissant pendant longtemps le poumon dans l'inactivité, on favorise la cicatrisation et la guérison définitive des lésions tuberculeuses (Potain).

## REVUE DES JOURNAUX

### ACTION NOCIVE DES INHALATIONS DE CHLOROFORME.

I. — SUR LES EFFETS CONSÉCUTIFS MORTELS DES INHALATIONS DE CHLOROFORME, par E. UNGAR. *Vierteljahrsschrift, für gerichtliche. Medicin.* T. XXVII fasc. 1.

II. — L'ACTION CONSÉCUTIVE MORTELLE DU CHLOROFORME, par le Dr F. STRASSMANN. *Virchow's Archiv*, T. CXV. fasc. 1, p. 1. 1889.

III. — L'ACTION CONSÉCUTIVE MORTELLE DU CHLOROFORME par R. OSTERTAG. *Ibidem.* T. CXVIII fasc. 2. p. 250. 1889.

Les cas de mort subite survenue en pleine anesthésie chloroformique ne se comptent plus aujourd'hui. Personne ne met en doute qu'en pareilles circonstances la mort est imputable à l'agent d'anesthésie. C'est, d'autre part, chose reconnue que ce dénouement fatal est dû le plus souvent à une paralysie du cœur, et que la dégénérescence graisseuse ou toute autre dystrophie du myocarde prédisposée à ces accidents mortels.

Mais l'action délétère du chloroforme administré par voie d'inhalations ne s'exerce-t-elle que pendant la période d'anesthésie? Ne peut-elle pas survivre à celle-ci? N'est-elle jamais responsable de ces morts subites qui enlèvent certains opérés, plus ou moins longtemps après leur réveil du sommeil anesthésique, en quels cas on a coutume d'incriminer le *shok*, une intoxication suraiguë, depuis que, pour réaliser l'antisepsie du champ opératoire, on imprègne de substances toxiques la plaie et quelquefois le patient?

Casper, dans son Traité de médecine légale (1850), admettait la possibilité d'une intoxication chronique par inhalations de chloroforme, d'une intoxication dont les effets se faisaient sentir plus ou moins longtemps après la période d'anesthésie. Von Langenbeck, cité par Berend (1), attribua à une intoxication de ce genre la mort d'un de ses opérés survenue le lendemain d'une extirpation d'omoplate. Mais c'étaient là des opinions isolées qui ne trouvèrent peu ou point de crédit, jusque il y a deux ans à peine. Or voici que l'on vient de reprendre, en Allemagne, cette idée que les inhalations de chloroforme peuvent, dans certains cas, causer la mort en vertu d'une sorte d'intoxication chronique, par le fait de certaines altérations de texture, qui survivent à l'action anesthésiante des inhalations. On a cherché à étayer cette idée sur des faits expérimentaux. Non point qu'on ait fourni la preuve que les choses se passent, du moins chez l'homme, ainsi qu'il vient d'être dit. Mais on a inauguré une voie nouvelle de recherches qui méritent d'attirer l'attention des physiologistes, des médecins légistes, et plus encore des chirurgiens.

I. — Cette voie nouvelle, période de l'histoire des accidents imputables aux inhalations de chloroforme employées dans un but d'anesthésie opératoire, s'ouvre par un travail de E. Ungar, dont l'indication figure en tête de cette revue. A vrai dire, dès 1883, Ungar avait entrepris, sur cette même question, des recherches expérimentales dont les résultats ont été consignés dans la thèse de son collaborateur Junker (1). Déjà à cette époque Ungar avait signalé, comme une des conséquences des inhalations répétées ou prolongées de chloroforme, la dégénérescence graisseuse du myocarde, du foie, des reins, du diaphragme et d'autres muscles striés. Mais le travail de Junker avait passé inaperçu. Il n'en a pas été de même du mémoire de Ungar, qui n'apporte en somme que la confirmation expérimentale des premiers résultats annoncés précédemment : les inhalations de chloroforme occasionnent une dégénérescence graisseuse des organes mentionnés ci-dessus. Quand, dans certaines conditions, cette dégénérescence fait des progrès dans le myocarde, la mort subite peut survenir à la suite d'un travail exagéré, d'une émotion, d'une nouvelle chloroformisation, de l'administration interne de médicaments dépresseurs des fonctions cardiaques. D'où le danger des longues séances d'inhalation de chloroforme, dans les opérations qui portent sur les organes abdominaux, dans les cas de tétanos, d'éclampsie, etc., chez les sujets que des hémorrhagies profuses, la consomption fébrile, l'alitement, la septicémie, le séjour dans une atmosphère confinée prédisposent à la dégénérescence graisseuse des parenchymes et des muscles. M. Ungar insiste particulièrement sur les dangers des séances de chloroformisation répétées à des intervalles rapprochés; et il soupçonne le chloroforme d'avoir entraîné la mort subite dans plus d'un de ces cas, où le décès, survenu quelque temps après l'opération, a été mis sur le compte du shok, d'une intoxication phéniquée ou autre. Ungar condamne spécialement l'emploi du chloroforme pour les accouchements normaux, sous prétexte que les femmes qui viennent d'accoucher sont particulièrement prédisposées aux dégénérescences graisseuses.

II. — Les recherches de M. Strassmann, qui ont été faites sur des chiens, des lapins et des chats, ont donné des résultats qui, dans leur ensemble, concordent avec ceux de M. Ungar. Pour faire inhaler le chloroforme aux animaux, M. Strassmann s'est servi, dans ses premières expériences, d'un appareil spécial, dont il n'a pas eu à se féliciter. Il s'est borné à l'emploi d'un linge ou d'un tampon d'ouate sur lequel était versé le chloroforme. Voici en quels termes l'auteur a résumé les résultats de ses recherches :

1° A la suite d'une chloroformisation prolongée, on constate, chez le chien, une métamorphose graisseuse des organes internes, du foie principalement, et du cœur en seconde ligne; mais il est rare que cette dégénérescence graisseuse intéresse d'autres organes.

2° Sous l'influence de la chloroformistaion, l'élimination des principes azotés est accrue chez le chien placé en état d'équilibre nutritif, preuve que la désassimilation de la matière azotée des organes de l'animal est accrue, preuve qu'on a affaire à la dégénérescence graisseuse, et non à une simple infiltration des organes par la graisse.

3° Chez le chien, la chloroformisation prolongée entraîne parfois la mort de l'animal plusieurs heures (jusqu'à 30) après le réveil, alors que le retour à l'état normal paraissait être complet.

4° Dans les cas où la chloroformisation a causé la mort de

(1) BEREND. Zur chloroformcasuistik. Hannover 1850.

(1) JUNKER. Ueber fettige Entartung in Folge von Chloroform. inhalationen *Dissertatio Inauguralis* Bonn 1883.

l'animal, les altérations cardiaques présentaient toujours une intensité insolite, ce qui donne à supposer qu'il faut voir dans ces altérations la cause de la terminaison fatale.

5° Dans les cas qui ne sont pas mortels, la dégénérescence des organes internes se résout en l'espace de peu de semaines.

6° Les influences débilitantes, inanition, perte de sang, etc., favorisent la production des altérations susdites; chez les animaux jeunes et vigoureux, elles se développent moins facilement.

7° Quand on administre préalablement de la morphine, une quantité moindre de chloroforme est nécessaire pour développer le sommeil anesthésique et en même temps les suites fâcheuses de la chloroformisation sont amoindries. Après emploi de l'éther, on est à même de faire les mêmes constatations microscopiques ; toutefois quand on opère avec de l'éther pur, on n'obtient pas une anesthésie aussi complète.

8° Chez d'autres espèces animales, chats, lapins, la chloroformisation ne produit pas les mêmes altérations consécutives que chez le chien ; il faut donc être très réservé dans les applications qu'on pourrait être tenté de faire, de ces résultats expérimentaux à l'espèce humaine.

III. M. Ostertag a étendu à un grand nombre d'espèces animales les expériences que Hassmann et Ungar avaient faites sur des chiens, des lapins et des chats. Il a étudié l'action des inhalations répétées de chloroforme sur des lapins, des cobayes, des rats, des pigeons, des chats, des chiens. La technique employée pour les inhalations de chloroforme étaient des plus simples : le liquide anesthésiant était déposé sur une compresse, sur un tampon d'ouate, dans un tube à réactif, ou sous une cloche dans laquelle on emprisonnait l'animal en expérience.

Le volumineux mémoire de l'auteur touche à de nombreuses questions de détail, que, faute d'espace, nous ne pouvons même toutes signaler. Il en est cependant quelques-unes qui ne sauraient être passées sous silence.

Tout d'abord les expériences de M. Ostertag démontrent que l'action du chloroforme sur l'organisme est très variable suivant les espèces et suivant les individus, aussi bien pour ce qui concerne la facilité avec laquelle est obtenue l'anesthésie qu'en égard à la rapidité du développement et au degré des altérations organiques.

Ainsi que le prouvent les conclusions rapportées plus haut, Strassmann s'est occupé de savoir si l'adipose qui se développe sous l'influence des inhalations de chloroforme est l'expression d'une dégénérescence graisseuse, ou d'une simple infiltration des organes altérés. Il s'était prononcé pour une dégénérescence graisseuse vraie, en considération de ce fait qu'à la suite des inhalations de chloroforme, l'élimination des principes excrémentitiel azotés subit un accroissement momentané. Ostertag soutient que ces deux processus, dégénérescence et infiltration graisseuse, évoluent conjointement dans l'organisme de l'animal soumis à des inhalations répétées de chloroforme : les muscles striés, l'épithélium des reins et de l'estomac subissent la dégénérescence graisseuse proprement dite ; la graisse qui est le produit de cette dégénérescence s'accumule en partie dans les cellules du foie ; cette glande est donc simplement le siége d'une infiltration graisseuse. Avec cette métamorphose graisseuse d'un certain nombre d'organes coïncident des altérations des globules rouges qui échappent à l'examen histologique et à l'analyse spectrale du sang, mais qui se traduisent par l'apparition de la matière colorante biliaire dans les urines, voire qu'un des animaux qui ont servi aux expériences d'Ostertag a présenté de l'hémoglobinurie. Il se fait donc, sous l'influence des inhalations de chloroforme, une destruction de globules rouges qui entraîne comme conséquence immédiate la dégénérescence graisseuse susdite d'un certain nombre d'organes.

Pour ce qui est du mécanisme de la mort causée chez les animaux par les inhalations du chloroforme, Ostertag est d'avis que la dégénérescence graisseuse du cœur, qui n'est pas constante, et qui n'atteint jamais une intensité considérable, ne saurait à elle seule rendre compte du dénouement fatal ; d'autres facteurs interviennent, en première ligne l'accumulation d'acide carbonique dans le sang. A l'exemple de Strassemann, Ostertag insiste sur ce qu'il faut être très réservé dans l'application de ces résultats expérimentaux à la pathologie humaine. Il en conclut en fin de compte que :

1° A la suite d'inhalations prolongées de chloroforme, l'adipose peut envahir les organes chez des animaux appartenant à des espèces très variées, et cela sous la forme de l'infiltration graisseuse du foie, de la dégénérescence graisseuse du myocarde et des muscles du squelette, des sens et de l'estomac ;

2° Cette métamorphose graisseuse desdits organes est une conséquence de l'action exercée par le chloroforme sur le sang (destruction des globules rouges et sur les éléments cellulaires des tissus);

3° Certains individus présentent une si grande réceptivité pour les effets secondaires des inhalations de chloroforme, qu'ils succombent à ces effets plus ou moins longtemps après emploi de ce mode d'anesthésie ;

4° L'action morbifique consécutive du chloroforme se manifeste par une paralysie du cœur ; celle-ci est causée par des altérations du myocarde, qui parfois sont à peine appréciables et par une surcharge du sang en acide carbonique.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDES DE PRATIQUE MÉDICALE SUR LE DIABÈTE SUCRÉ (ÉTUDES SUR LA DIATHÈSE CONGESTIVE (DIATHÈSE ARTHRITIQUE) ET SUR SES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES), par le Dr SÉNAC.

Sous une forme et un titre modestes, cette étude est un véritable traité, dont la concision n'a pas empêché son auteur de toucher à la plupart des points utiles de l'histoire du diabète avec une grande sûreté et une compétence incontestable. Voici quelques-uns des principaux termes sur lesquels elle s'appuie.

Diabète sucré et glycosurie ne sauraient dans aucun cas être considérés comme exprimant la même idée. La glycosurie est un symptôme du diabète sucré, mais n'appartient pas, exclusivement, à cette maladie. La glycosurie ne constitue jamais une entité morbide, pas plus que l'albuminurie.

La polyurie représente un état particulier; et le nom de diabète doit être réservé au diabète sucré.

L'idée de ralentissement de la nutrition est sans doute exacte. Mais le fait de ce ralentissement n'est pas un fait primordial. Il n'est pas suffisant pour caractériser le groupe des maladies qu'il comprend, d'après Bouchard. Ce sont les causes (organiques) du ralentissement de la nutrition auxquelles il convient de s'attacher.

M. Sénac, considérant que l'acte du renouvellement des tissus se lie étroitement à l'acte circulatoire, a proposé de remplacer par le terme de diathèse congestive celui de diathèse arthritique, celui-ci assignant aux affections articulaires

un caractère, effectivement, trop important. Les rapports constatés du diabète avec la goutte, la gravelle, la lithiase biliaire, etc., placent le diabète au nombre des manifestations de la diathèse arthritique, ou plutôt de la diathèse congestive.

La suppression de la glycosurie ne doit pas faire présumer la disparition de la maladie. Cette remarque est très juste : le diabète demeure alors en puissance, comme la goutte demeure en puissance dans les intervalles des manifestations articulaires.

Si cliniquement les distinctions de diabète rapide ou lent, de diabète maigre ou gras sont tranchées, il faut admettre qu'en réalité la maladie est la même sous ces diverses formes, mais dans des conditions d'évolution différente.

Les caractères différents de cette évolution, suivant que la marche de la maladie est lente ou rapide, sont parfaitement exposés. La gravité extrême du pronostic chez les enfants et les jeunes sujets est marquée de traits fort exacts. Si l'auteur de cet article avait exprimé, à une certaine époque, des idées contraires au sujet du pronostic du diabète dans l'enfance, ainsi que M. Sénac a pris soin de le rappeler, c'est qu'alors son expérience personnelle se trouvait encore insuffisante, ainsi que les renseignements publiés jusque-là. Il souscrit aujourd'hui pleinement aux opinions émises par l'auteur de ces études, dont la justesse ne saurait être contestée.

La symptomatologie est traitée avec beaucoup de soin et de méthode. L'auteur étudie successivement les symptômes placés sous la dépendance de l'hyperglycosurie, ceux tirés de la présence du sucre dans les produits de sécrétion, ceux enfin qui se rattachent à l'état général de l'économie qui en a déterminé l'apparition. Je remarque seulement qu'une part suffisante ne me paraît pas avoir été faite aux conséquences directes de l'imprégnation des tissus et des liquides par la matière sucrée, à la glycositoxhémie.

Le chapitre consacré au traitement est très complet pour ce qui en concerne la partie hygiénique. Tout ce qui est relatif à l'alimentation, aux préparations de gluten, est particulièrement intéressant. Mais, au point de vue thérapeutique, il y a beaucoup de lacunes. On rencontre quelques courtes indications au sujet de l'opium et de l'antipyrine : mais il n'est question ni du bromure, ni du traitement de Martineau, qu'un médecin d'Aix qualifiait récemment de *merveilleux* !! L'esprit critique de l'auteur se fût exercé utilement à ce propos. On aurait pu s'attendre encore à ce que le traitement thermal du diabète fût exposé d'une manière plus explicite qu'il ne l'est.

Pour ce qui est de l'usage interne de l'eau de Vichy, la pratique exposée me paraît excellente. Mais l'usage des bains de Vichy n'est pas même mentionné. M. Sénac les remplace par l'hydrothérapie froide. Les pratiques hydrothérapiques sont généralement salutaires aux diabétiques, et ceci a été très bien étudié dans un chapitre à part. Mais il est bon nombre d'entre eux auxquels les bains minéraux sont très salutaires, et il est au moins inutile de les priver, pendant le cours de leur traitement thermal, d'un moyen utile qu'ils ne peuvent rencontrer que là, tandis qu'il leur reste toute l'année pour se livrer aux pratiques hydrothéraphiques si elles leur conviennent.

Il est encore à regretter qu'il ne soit fait aucune allusion aux traitements thermaux autres que Vichy, à celui de la Bourboule, en particulier, si bien étudié par le regretté Daujoy. On a traité le diabète bien ailleurs qu'à Vichy et l'on a signalé dans bien des stations des actions marquées sur la glycosurie. C'était le cas de démontrer que la diminution de la glycosurie n'était qu'un résultat, sinon secondaire, au moins incomplet, et ne signifiait nullement que les résultats effectifs de ces traitements dussent nécessairement être mis en parallèle avec ceux que l'on obtient à Vichy. Mais M. Sénac est un observateur consciencieux, et c'est sans doute parce qu'il n'avait pas d'expérience personnelle au sujet du bromure, du traitement de Martineau, des traitements thermaux étrangers à Vichy, ni des bains minéraux de cette dernière station, bien que placé, comme on dit, à la source, qu'il a préféré garder le silence sur ces divers moyens de traitement.

Si, à part ces quelques omissions, je ne trouve qu'à louer dans toutes les parties de ce travail que je viens de passer en revue, il n'en est plus de même pour ce qui concerne la pathogénie, ou mieux le caractère diathésique du diabète. J'entrerai dans quelques développements sur ce sujet.

M. Sénac, considérant le diabète comme une des manifestations de la diathèse arthritique, qu'il considère elle-même comme une diathèse congestive, se trouve naturellement amené à montrer dans le diabète une diathèse congestive. Je ne puis m'empêcher à ce sujet de penser aux Rougon Macquart, histoire d'une famille du premier empire, que M. Zola ramène dans le titre de Germinal et de la Terre, bien qu'on ait beaucoup de peine à en retrouver quelque trace dans les fosses du Nord ni dans les plaines de la Beauce. Quel rapport est-il permis de percevoir entre l'idée de diathèse congestive et les conditions de la pathologie et de l'évolution diabétiques?

« C'est que, dit l'auteur distingué des études sur le diabète, en raison des affinités qui relient les affections arthritiques, les affections hémorrhoïdaires et les affections congestives proprement dites, nous avons cru pouvoir trouver, dans une anomalie fonctionnelle et physique de l'acte circulatoire, le point de départ des maladies arthritiques ; de là la préférence que nous accordons au terme de diathèse congestive à celui de diathèse arthritique. »

Sans doute il s'agit d'une anomalie fonctionnelle et physique de l'acte circulatoire. Le diabète, qu'on l'englobe ou non dans l'arthritis, est une anomalie de l'acte nutritif ; et tout acte nutritif relève du milieu sanguin, celui-ci sous la domination du système nerveux, et par conséquent appartient au système circulatoire.

Mais en quoi cela comporte-t-il l'intervention de phénomènes congestifs? Le diabète signale un trouble nutritif au même titre que l'arthritis, au même titre aussi que l'obésité. Il suppose, si l'on veut se servir de l'expression introduite par Bouchard, un ralentissement de l'assimilation, de l'utilisation, comme on dit encore, des principes sucrés, comme dans l'arthritis des principes azotés, comme dans l'obésité des principes gras. Ceci est un fait rendu manifeste par l'existence en excès de principes sucrés, azotés ou gras, dans les tissus ou dans les excreta. Comme le fait justement remarquer M. Sénac, cette constatation ne montre qu'un produit. La cause pathogénique est plus haut, générale ou dépendante de certains organismes. Elle se rattache ou à l'introduction ou à la production en excès de ces principes, ou bien simplement à un amoindrissement de leur assimilation.

Le lien qui rapproche ces trois états, c'est qu'ils trouvent leur caractère dans l'anomalie nutritive de quelqu'un des principes immédiats fournis à la nutrition par l'alimentation. C'est là ce qui en fait un groupe distinct dans l'ordre des diathèses, ordre qui serait probablement plus étendu que nous ne le concevons actuellement, si nos moyens d'investigation pouvaient encore aller plus loin.

Et c'est parce qu'il s'agit ici d'une étroite parenté, en raison

de l'origine physiologique alimentaire commune de ces trois états diathésiques, qu'on les voit se combiner ensemble, se substituer les uns aux autres, par voie d'hérédité ou d'acquisition.

C'est là ce qui a porté à les confondre les uns avec les autres. Parenté ne signifie pas filiation. L'apparente simplification résultant de la hiérarchie attribuée aujourd'hui à l'arthritis dans la conception des diathèses n'est qu'un trompe l'œil. Et, pour en revenir aux vues propres à M. Sénac, quand même l'idée de diathèse congestive pourrait s'allier à celle de diathèse arthritique, je ne vois pas la place qu'elle pourrait prendre dans celle du diabète, pas plus, qu'on me pardonne de revenir à la comparaison que j'ai risquée plus haut, pas plus que l'on ne retrouve des Rougon-Macquard dans les dernières œuvres consacrées à l'histoire d'une famille du deuxième empire.

Ce dissentiment sur une question de pathogénie ne change rien à l'appréciation que j'ai faite des qualités et des mérites de l'œuvre de M. Sénac. Celle-ci porte partout l'empreinte d'une observation attentive et sincère, jointe à la critique la plus judicieuse, et présente un tableau, remarquable par la fidélité, de la maladie à laquelle elle est consacrée.

Dr MAX. DURAND-FARDEL.

## BULLETIN

SUITE DE LA DISCUSSION, A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — LE LAIT BOUILLI. — RÉFORMES VOTÉES PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE AU POINT DE VUE DE LA SÉDENTARITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE. — PROJET DE RÉFORME DANS L'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — L'ÉPIDÉMIE RÉGNANTE.

La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose a continué mardi dernier à l'Académie de médecine : MM. Sée et Hérard ont successivement occupé la tribune.

Nos deux honorables confrères sont d'accord sur le danger des crachats des phthisiques, déposés ailleurs que dans des crachoirs appropriés, et pouvant ainsi, à l'état desséché et pulvérulent, souiller l'atmosphère. « Le crachat, voilà l'ennemi », diraient-ils volontiers en rappelant une parole célèbre. Sur ce point et sur les mesures de propreté et de désinfection qui en découlent, il ne saurait y avoir, au sein de l'Académie, pas plus qu'autre part, aucun dissentiment.

Une simple nuance nous semble séparer M. Sée et M. Hérard au sujet de la contagion atmosphérique. Pour M. Sée, cette contagion, beaucoup plus restreinte que ne le comporte son inscription en tête des conclusions adoptées par le Congrès de la tuberculose, ne s'exerce que dans une atmosphère circonscrite, souillée par les poussières de crachats desséchés. Le bacille de Koch ne vit longtemps ni ne pullule en dehors de son milieu vivant de culture et, comme il n'est pas contenu dans l'air expiré par les tuberculeux, la souillure de l'atmosphère reste en définitive limitée au milieu qui entoure le malade; le bacille n'est pas ubiquiste. Pour M. Hérard, la dissémination du bacille ou de ses spores prendrait sans doute une plus grande extension. C'est donc simplement sur le degré de cette dissémination que porte la divergence entre lui et M. Sée.

Un autre point divise plus complètement nos deux confrères : tandis que, avec les membres de la Commission, M. Hérard recommande de faire bouillir le lait, M. Sée s'élève contre cette pratique en faisant valoir, d'abord, que le lait sert très rarement de véhicule au bacille et par conséquent d'agent de transmission à la tuberculose, en second lieu que, contrairement aux assertions de M. Vallin, les qualités nutritives du lait sont gravement compromises par l'ébullition.

— Cette question du lait bouilli, plus particulièrement au point de vue de l'alimentation des jeunes enfants, a été portée récemment devant la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle par M. le Dr A. Laurent (de Rouen). Notre confrère met en regard les conclusions contradictoires formulées par la Commission de l'hygiène de l'enfance et par la Commission de la tuberculose, l'une et l'autre instituées au sein de l'Académie. La première dit que le lait de vache « *ne doit pas avoir bouilli, mais être chauffé sur la cendre chaude ou au bain-marie et être donné tiède* »; la seconde déclare que le même lait de vache *doit toujours être bouilli*.

Mais, abstraction faite de la tuberculose, est-il indifférent, pour un enfant nourri au biberon, de recevoir du lait bouilli ou non bouilli ? Voici ce que répond M. Laurent, comme conclusions de son étude consciencieuse :

« Le lait bouilli est un aliment difficile à digérer et non approprié à l'état physiologique de l'appareil digestif du nouveau-né ;

« Pour ce motif, il donne lieu à des troubles gastriques et intestinaux plus ou moins manifestes qui ne laissent pas d'avoir un certain retentissement sur l'économie tout entière;

« Il en résulte que le développement corporel n'acquiert pas le degré qu'on obtient avec le lait non bouilli.

« La diminution de résistance vitale qui provient de l'emploi du lait bouilli peut, par cela même, faciliter l'action des influences délétères et des virus microbiques.

« En conséquence, il est préférable, pour l'élevage des nourrissons, de les nourrir de lait non bouilli, ainsi que la Commission d'hygiène de l'enfance l'a toujours recommandé dans ses instructions. »

Ailleurs, M. Laurent insiste sur les troubles digestifs (coliques, selles mal liées, diarrhée, etc.) qu'entraîne souvent le lait bouilli. Si l'on s'en tenait, d'une manière absolue, aux déclarations de l'une et l'autre Commission, les malheureux enfants qui ne peuvent jouir du précieux avantage de l'allaitement au sein, se trouveraient donc dans la dure alternative de payer leur tribut ou à l'athrepsie avec le lait bouilli, ou à la tuberculose avec le lait non bouilli; dans l'un et l'autre cas, ils seraient quasi-condamnés.

M. Sée a montré que les inconvénients du lait bouilli, incontestables pour les enfants, ne sont pas moins grands, dans bon nombre de cas, pour les adultes. L'ébullition modifie évidemment la constitution chimique et les qualités nutritives du lait. Nous connaissons une personne qui, depuis près de six ans, est soumise au régime lacté exclusif. Le lait n'est jamais bouilli, elle n'a pas eu le moindre trouble digestif et le bacille de Koch, qui aurait semblé trouver là un terrain suffisamment favorable, ne témoigne en rien de sa présence.

Il est donc permis de croire que le danger du lait, comme agent de transmission de la tuberculose, est moins grand que quelques-uns ne le supposent; on peut d'ailleurs le diminuer encore par une surveillance plus grande et une inspection rigoureuse des vaches laitières et de leur produit. Dans ces conditions et en présence des inconvénients du lait bouilli, au point de vue de la nutrition, il est difficile d'en faire, partout et toujours, l'objet d'une prescription absolue.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a eu à délibérer, dans sa dernière session, sur les réformes, concernant la sédentarité dans les établissements d'enseignement secondaire, qui, en 1887, avaient fixé l'attention de l'Académie et

fait l'objet d'une longue discussion. Les vœux de la savante compagnie ont été en partie réalisés.

Le maximum des heures de travail sédentaire (classes et études, y compris le dessin) est fixé à six henres dans les classes primaires et dans la division élémentaire ; à hnit heures dans la division de grammaire ; à dix heures et demie en été et à dix heures en hiver dans la division snpérieure (non compris les cours préparatoires aux écoles dn gonvernement, tant que les programmes d'admission à ces écoles n'auront pas été modifiés).

Les classes seront scindées on réduites à une heure et demie et le temps qui leur sera enlevé sera consacré à des exercices pratiques variant avec la matière de l'enseignement.

Le lever aura lieu, pour les divisions élementaire et de grammaire à six heures et demie ; pour la division supérieure, à six heures en hiver, à cinq heures et demie en été. La veillée facultative est supprimée, elle pourra être rétablie temporairement dans les hantes classes, à l'approche des concours et des examens.

La durée des récréations et des exercices physiques est accrue ; elle sera au minimnm de 6 h. 1/2 pour les plus jeunes élèves et de 4 h. 1/2 pour les grands. Le Conseil indique dans quel sens devra être dirigée l'éducation physique ; les exercices seront gradués et proportionnés à chaqne âge et à la force physique des élèves.

Enfin le nouveau système disciplinaire, éloignant toutes les punitions d'autrefois, piquet, pensums, privation de récréation, retenue de promenade, etc., qui nuisaient à la santé des enfants sans améliorer leur moral, ne comprendra plus que : la mauvaise note, la leçon à rapprendre, le devoir à refaire, le devoir extraordinaire, la retenue du jeudi et du dimanche, la privation de sortie, l'exclusion de la classe ou de l'étude, l'exclusion temporaire ou définitive de l'établissement.

Certes la réforme n'est pas complète, et il reste encore beaucoup à faire, notamment en ce qni concerne la révision des programmes, mais enfin on s'est engagé résolument dans la voie indiquée par tous ceux qui se préoccupent de l'avenir de nos jeunes générations, et il est permis d'espérer qu'on ne s'arrêtera pas en chemin. Nons laisserons d'ailleurs à notre excellent collaborateur, M. Delvaille, le soin d'apprécier les mesures qui viennent d'être prises et celles qui méritent encore de fixer l'attention des pouvoirs publics.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique aura à délibérer, dans sa prochaine session, sur une réforme qni intéresse l'enseignement de la médecine : il s'agit de la transformation de l'agrégation temporaire en agrégation permanente. La question, agitée depuis longtemps au sein des Facultés, tant en province qu'à Paris, a éte portée devant le Conseil supérieur par M. le professeur Gaulard (de Lille), délégué du Corps professoral des Facultés de médecine. Nous ne saurions nous y arrêter incidemment ; nons aurons l'occasion d'y revenir.

— L'épidémie régnante continue d'occuper et de préoccuper l'opinion publique. La bénignite des premiers jours a fait place à une mortalité assez considérable, due moins à la grippe elle-même qu'à ses complications de pneumonie et de broncho-pneumonie. Le nombre total des décès, qui était de 1356 l'avant-dernière semaine, a atteint, pendant la dernière, le chiffre de 2,334, et même de 2.604, en y comprenant 270 décès notifiés trop tard pour figurer dans le relevé de la semaine. Sur ce nombre de 2,334 décès, 743 sont dus aux maladies inflammatoires des organes de la respiration, 421 à la phthisie pulmonaire, 122 à des affections organiques du cœur, ce qui forme un total de 1.286 cas dans lesqnels l'épidémie est intervenue soit pour provoquer, soit simplement pour hâter le dénouement. Si l'on rapproche ces chiffres du nombre considérable de personnes plus ou moins frappées par l'épidémie, nombre qu'il est difficile, sans doute, d'évaluer, mais qni atteint peut-être la moitié de la population parisienne, on voit, en définitive, qu'il n'y a pas lieu de s'effrayer.

D^r^ F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

### DÉCRET RÉGLANT LES CONDITIONS D'AVANCEMENT DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE.

Article premier. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les conditions ci-apres indiquées.

Toutefois, en temps de paix, ils ne peuvent parvenir à un grade supérieur à celui de major de 2e classe dans la réserve, et de principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

L'avancement a lieu sur l'ensemble des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, dans chaque hiérarchie respective.

Art. 2. — L'avancement à tous les grades de la hiérarchie est donné exclusivement au choix.

Les propositions pour l'avancement sont établies soit au moment où les officiers quittent l'armée active, par retraite ou démission, soit à la suite d'une période d'instruction ou à l'occasion de l'inspection générale.

Art. 3. — Nul ne pourra, en temps de paix, être proposé pour le grade de médecin-major de 2e classe s'il n'a subi avec succès un examen spécial portant sur des connaissances militaires et administratives, dont le programme est fixé par le ministre de la guerre.

Cet examen est indépendant de celui qui est exigé pour être nommé médecin auxiliaire ou aide-major de 2e classe de réserve et de l'armée territoriale.

Art. 4. — Les propositions sont arrêtées chaque année à la suite de l'inspection générale, de concert entre le général commandant le corps d'armée auquel est affecté le candidat, et l'inspecteur général du service de santé.

Les candidats maintenus sont classés par ordre de mérite sur une liste dressée par grade, pour chaque profession.

Les listes régionales ainsi établies sont adressées au ministre, qui fixe le nombre de candidats à prendre en tête de chacune d'elles ; ces listes réduites sont fusionnées par profession et par grade en une liste unique établie par ordre d'ancienneté qui constitue le tableau définitif d'avancement.

Les candidats inscrits au tableau d'avancement sont nommés au fur et à mesure des vacances.

Ils ne peuvent être rayés du tableau d'avancement qne dans les mêmes conditions que les officiers de l'armée active.

Art. 5. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale ne peuvent être proposés pour l'avancement que s'ils réunissent les conditions d'ancienneté absolue, exigées par la loi du 14 avril 1832.

Art. 6. — Les médecins et pharmaciens de réserve ne sont nommés au grade snpérieur qu'après tous les officiers du corps de santé de l'armée artive de leur catégorie respective, ayant une ancienneté égale ou supérieure à la leur.

Art. 7. — L'ancienneté de grade des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret de nomination à ce grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Le temps passé dans leurs foyers par les médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale compte pour l'ancienneté

de grade, déduction faite des interruptions de service par suite de mise hors cadres, de suspension d'emploi ou de démission.

Art. 8. — Les médecins de réserve et de l'armée territoriale devront, avant d'être proposés pour l'avancement, avoir accompli au moins une période d'instruction dans leur dernier grade.

Art. 9. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement, successivement pour les grades d'aide-major de 1re classe, de major de 2e classe dans la réserve ou l'armée territoriale et de major de 1re classe dans l'armée territoriale, sous les réserves des articles 3, 5 et 8, les médecins et pharmaciens appartenant à une des catégories ci-après : médecins professeurs titulaires dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de l'Etat, pharmaciens professeurs titulaires dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les Facultés mixtes.

Art. 10. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancemedt, successivement pour les grades d'aide-major de 1re classe et de major de 2e classe, sous les réserves des articles 3, 5 et 8, les médecins et pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de l'Etat, les professeurs dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, les pharmaciens professeurs agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes, ainsi que les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens des hôpitaux dans les villes de Faculté où ces emplois sont donnés au concours.

Art. 11. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement pour le grade d'aide-major de 1re classe, sous les réserves des articles 5 et 8, les médecins et pharmaciens professeurs suppléants dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés de l'Etat ou des dites écoles de médecine, nommés au concours, les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens d'hôpitaux dans les villes autres que celles de Faculté, où ces emplois sont donnés au concours, ainsi que les anciens internes des hôpitaux des villes qui possèdent une Faculté ou Faculté mixte de l'État.

Art. 12. — Les médecins et pharmaciens spécifiés aux articles 9, 10 et 11 ne peuvent être promus au grade supérieur dans la réserve qu'après les officiers du corps de santé de l'armée active, d'une ancienneté égale ou supérieure à la leur, promus au tour du choix.

Art. 13. — A grade égal, les médecins et pharmaciens de l'armée active auront dans leur hiérarchie propre le commandement sur ceux de réserve et de l'armée territoriale.

Toutefois ceux de ces derniers qui ont servi dans l'armée active conservent les droits que leur conférait leur rang d'ancienneté au moment où ils ont quitté l'armée.

Les médecins et pharmaciens servant dans la réserve ou l'armée territoriale avec le grade dont ils étaient pourvus dans l'armée active auront le commandement sur les autres officiers de corps de santé militaire de réserve et de l'armée territoriale de leur hiérarchie ayant le même grade.

Art. 14. — En temps de guerre, les officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement au choix dans les mêmes conditions que les médecins et pharmaciens de l'armée active, sans que les grades ainsi obtenus leur créent des droits à être maintenus dans la dite armée.

Art. 15. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des décrets et réglements contraires au présent décret, et notamment celles des décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 26 août 1887.

---

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — La médecine russe vient de perdre l'un de ses représentants les plus illustres : le docteur Botkine, premier médecin du Czar, professeur de clinique médicale à l'Académie de médecine de St-Pétersbourg, a succombé à une maladie grave pour laquelle il était venu chercher à Cannes l'action bienfaisante d'un doux climat.

Ayant un goût inné pour les mathématiques, Botkine dut renoncer à ses études de prédilection pour celles de la médecine parce que en 1848, l'Université de Moscou, dont il suivait les cours, fut fermée, sauf la section de médecine. Dans n'importe quelle voie il dût s'engager, il était appelé, par sa haute intelligence, à parcourir une brillante carrière. Ses leçons de clinique médicale, ses travaux sur les maladies du cœur, sur la fièvre, etc., l'ont mis au premier rang des cliniciens jouissant d'une légitime notoriété dans le monde médical européen. On se rappelle l'ovation qui lui fut faite il y a deux ans, à son passage à Paris, dans les services de MM. Charcot, Fournier et Dujardin-Beaumetz. Il aimait la France et reçut en retour, à cette occasion, les témoignages de la plus vive sympathie.

***

*Légion d'honneur.* — Sont nommés : Commandeur : M. le docteur Mourlon, directeur du service de santé du 4e corps d'armée, au Mans.

Officiers : MM. les docteurs Bertelé, Cros, Dumayne, Flament, Judicis, Lepage, Massoutié (médecins de l'armée active) ; Percheron (médecin de l'armée territoriale).

Chevaliers : MM. les docteurs Bureau (de Kouba) ; Leclerc (de Fère-en-Tardenois) ; Neumann (de Paris) ; Alban, Amiard-Fortinière, Belhomme, Camus, Colnenne, Fabre, Forgues, Franck, Gaillard, Grosclaude, Kaufmann, Lesbros, Malinas, Quivogne, Salvetat, Schmitt, Tournade, Vercoutre (médecins de l'armée active) ; Grosclaude (médecin de l'armée territoriale) ; Boutin, Clarac, Guérard de la Quesnerie, Nodier, Palasne de Champeaux (médecins de la marine) ; Gariel, directeur de la Santé dans la régence de Tunis.

***

*Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 8 janvier 1889. Il sera clos le samedi 25 janvier, à trois heures.

*Concours de la médaille d'or (chirurgie).* — Le concours pour la médaille d'or de chirurgie, s'est terminé samedi soir par la nomination de M. Rieffel.

***

*Concours pour l'internat de l'asile de Vincennes.* — Il sera ouvert, le mardi 21 janvier 1890, à neuf heures du matin, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de l'asile national de Vincennes.

La liste des candidats sera close 8 jours avant la date de l'ouverture du concours.

La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions, à condition de ne pas exercer ; mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination.

L'allocation accordée aux internes de l'asile national de Vincennes est : Pour la première année de 1,500 francs ; pour la 2e de 1,600 francs ; pour la 3e de 1,700 francs.

En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner, moyennant la retenue d'une somme de 20 francs par mois.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

— *Nouvelle Géographie universelle.* — La terre et les hommes, par Elisée Reclus. xv° volume. Amérique boréale (Groënland, Archipel polaire, Alaska, Puissance du Canada, Terre-Neuve), contenant 4 cartes en couleur tirées à part, 105 cartes intercalées dans le texte et 55 vues ou types gravés sur bois. — Paris, librairie Hachette et C^ie, 79, boulevard Saint-Germain.

— *L'Orénoque et le Caura,* relation de voyages exécutés en 1886 et 1887, contenant 56 gravures et 2 cartes, par J. Chaffanjon, Paris, librairie Hachette et C^ie 1889.

— *Bibliothèque des merveilles.* — Le Désert, par Adrien Mellion. — Le Toit du monde (Pamir), par Guillaume Capus, docteur ès sciences, chargé de missions scientifiques. — Ouvrages illustrés de gravures sur bois. — Paris, librairie Hachette et C^ie, 1890.

— *Hyères* (Var), station hivernale, 4° édition, par le D^r Marquez, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Hyères, G. Bloch et M. Péan, 1889.

— *De l'extraction par les voies naturelles de fibro-myômes utérins intra-parasitaires avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du professeur Vulliet,* par Emile Galliard, ex-médecin assistant à la policlinique de Genève. — Genève, imprimerie Centrale générale, 1889.

— *Vingt cas d'affections gynécologiques traités par le massage,* par M. le professeur Vulliet. Observations recueillies et rédigées par le D^r Mihran Boyadjian, Genève, imprimerie Rivera et Dubois, 1889.

— *Société des Sciences médicales* de Gannat, compte rendu des travaux de l'année, 1888-1889, 43° année — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1889.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

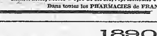
DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 3. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 17. — Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 421. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses, 63. — Autres, 5. — Méningite, 36 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 81 — Paralysie, 13. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 122. — Bronchite aiguë, 132. — Bronchite chronique, 127. — Broncho-pneumonie, 138. — Pneumonie, 346 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11 — Biberon, 41. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3 — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 73. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 459. — Causes inconnues, 22. — Total : 2334.

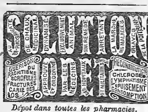
*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3







*Dépot dans toutes les pharmacies.*

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE

*Membres* : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).



## MÉDECINE MENTALE

Note sur le diagnostic différentiel de la lypémanie hypocondriaque et de la paralysie générale progressive, par le Dr Emmanuel Régis.

*Suite et fin* (1).

Observation III. — *Hérédité vésanique. A 56 ans, lypémanie anxieuse : délire hypocondriaque pseudo paralytique s'associant au précédent. Guérison rapide. Exaltation consécutive.*

M. T..., 56 ans, négociant, est admis le 3 décembre 1888. Il est atteint de lypémanie avec délire hypocondriaque, refus d'aliments, tendance au suicide. Il n'a rien mangé depuis trois jours, et dès son arrivée on est forcé de le nourrir à la sonde. Les renseignements recueillis sur son compte nous apprennent que c'est un héréditaire.

Du côté paternel, on trouve en effet deux générations au moins de lypémaniaques, savoir la grand'mère et deux oncles; sans compter qu'une tante était, elle aussi, sujette à des bizarreries qui l'ont empêchée de vivre avec son mari et ont troublé toute son existence. Du côté maternel, il n'y a pas de vrais fous, au sens pathologique du mot; mais on y relève des originaux et des excités. De plus, le père et la mère étaient cousins au second degré.

T..., quoique intelligent, a toujours été un déséquilibré, un excité. Il a gâché sa vie et n'a fait que des sottises. Doué d'une santé excellente, il l'a altérée par des abus de boisson et de coït. Enfin dans les derniers temps, il a été soumis à des émotions morales vives produites par des contrariétés et des pertes d'argent.

Sous l'influence de ces causes, vers le mois d'août 1888, il tomba malade et présenta dès l'abord des signes d'embarras gastrique fébrile intense, compliqué de sueurs profuses, avec dépression générale et tendances religieuses exagérées. Peu à peu ces symptômes augmentèrent ; il se soigna mal, devint inquiet, et bientôt tomba dans un véritable accès de lypémanie avec prédominance de sentiments religieux et de crainte de mort.

Il arriva ainsi au mois de décembre, son état s'aggravant de plus en plus et se manifestant, en fin de compte, par des idées hypocondriaques absurdes relatives au tube digestif, du refus d'aliments, de la tendance au suicide. Examiné à ce moment par plusieurs médecins spéciaux, il fut considéré comme atteint de lypémanie aiguë avec délire hypocondriaque caractéristique et, en raison de ce fait, soupçonné de paralysie générale progressive au début.

Effectivement, son délire offrait quelque chose de typique. Il se disait atteint d'une maladie très grave à laquelle personne ne comprenait rien, et sur le point de mourir. Aussi réclamait-il à tout instant un prêtre pour l'absoudre de ses péchés. Il prétendait que « son estomac et son intestin étaient bouchés, paralysés et ne fonctionnaient plus »! Lorsqu'il allait à la garde-robe, il prenait ses excréments dans ses doigts et les analysait soigneusement, en nous montrant, ce qui, du reste était exact, qu'ils étaient complètement décolorés. Ce qui contribuait à rendre chez lui probable l'hypothèse d'une paralysie générale, c'est qu'il avait la mine cachec-

(1) Voir le numéro précédent.

## FEUILLETON

### REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE.

L'année qui vient de s'écouler a vu se produire dans le champ de la médecine un nombre relativement considérable d'études biographiques. C'est à une sorte de renouveau que nous assistons dans les recherches rétrospectives qui ont pour objet les grandes figures médicales du passé. Le culte de nos ancêtres semble renaître; nous nous en réjouissons; et, bien que les travaux que nous entreprenons d'analyser n'aient pas tous une très grande valeur, nous sommes heureux de les signaler.

Cette espèce de renaissance pour les fouilles historiques, pour les études documentaires, qui est comme un des traits caractéristiques de notre siècle, la médecine a été une des dernières branches de la science à vouloir y participer. Aujourd'hui, le mouvement est donné du haut en bas de l'échelle. Et nous pourrions même citer comme exemple de cet attrait qu'ont aujourd'hui les tableaux biographiques l'éloge que prononçait l'autre jour devant l'Académie de médecine, M. Jules Rochard. L'orateur a bien réussi à peindre, à reproduire son héros, le regretté Fonssagrives; et il l'a fait moins en apologiste d'académie qu'en historien consciencieux. Nous ne lui en faisons pas un reproche, tant s'en faut, nous l'en félicitons. Car M. Jules Rochard vient d'apporter sa pierre à cet édifice qu'on serait heureux de voir élever à la gloire de nos devanciers et qui consisterait à posséder une collection sérieuse de biographies rappelant aux générations nouvelles, la vie, les travaux, les vicissitudes et les découvertes des grands médecins qui ont défriché le terrain où nous récoltons aujourd'hui.

Sur ce, je commence ma revue !

I. — Avicenne.

C'est un travail bien insuffisant que celui de M. Joseph Eddé sur *Avicenne et la Médecine arabe* (1).

Étant donné ce titre, nous espérions trouver tout d'abord une biographie d'Avicenne. Il n'en est rien. Et après avoir lu les cinquante-cinq pages dont se compose cette dissertation, le lecteur en

(1) Thèse de Paris, 1889, imp. Jouve.

tique et un tremblement très marqué de la langue et des mains, ainsi qu'un certain degré de dépression générale et de torpeur intellectuelle.

On ne constatait cependant chez lui ni inégalité des pupilles, ni embarras de la parole, ni traces de démence. Nourri à la sonde pendant deux jours, M. T..., ne tarda pas à s'alimenter, d'abord très mal et capricieusement, puis plus régulièrement et plus complètement. Il reprit ainsi meilleure mine et engraissa. Son délire hypocondriaque persista environ quinze jours absolument tel quel, et à chaque instant c'étaient des doléances à n'en plus finir sur l'estomac et l'intestin bouchés, la mort prochaine, le prêtre qui n'arrivait pas assez tôt, etc.

Puis, très rapidement, le délire s'atténua, en même temps que l'état général s'améliorait, et en quelques jours le malade arrivait à la guérison de son accès de lypémanie : tant et si bien qu'il sortait le 8 janvier, après un mois seulement de traitement, ne conservant aucune trace des symptômes si graves qu'il avait présentés, et qui avaient fait craindre chez lui un commencement de paralysie générale.

Seulement, car il y a un seulement, j'ai revu M. T.... depuis, et j'ai pu me convaincre qu'en guérissant il avait dépassé le but. A son accès aigu de lypémanie hypocondriaque a succédé, en effet, un état qui n'est ni la folie ni l'équilibre parfait, mais un état intermédiaire se traduisant par un besoin excessif d'activité, de mouvement, de loquacité, une susceptibilité très grande et des instincts processifs.

Quoi qu'il en soit, pas plus à l'heure présente que durant l'accès de lypémanie antérieur, M. T..., ne présente de signe physique ou mental qui permette de croire à une paralysie générale présente ou future. Si la suractivité actuelle était plus marquée, on pourrait plutôt songer à une folie à double forme, mais à une folie à double forme pure et simple et non symptomatique de paralysie générale progressive. M. Ritti a cité un cas de ce genre dans son intéressant Traité de la folie à double forme.

Observation IV. — *Hérédité vésanique, A 45 ans, lypémanie anxieuse : délire de culpabilité imaginaire, refus d'aliments, tendance au suicide. Au bout de cinq mois, délire hypocondriaque pseudo-paralytique succédant au précédent. Troubles profonds de la nutrition générale. Amélioration lente et graduelle. Guérison.*

M. F..., 46 ans, marié, sans enfants, est admis le 20 mars 1889. Il est atteint de lypémanie avec dépression intense, délire hypocondriaque, refus d'aliments, constipation, insomnie, troubles profonds de la nutrition générale. Son histoire est la suivante : Au point de vue des antécédents, rien de particulier à signaler dans la branche paternelle de la famille. Il n'en est pas de même du côté maternel. La mère, qui est vivante et âgée aujourd'hui de 68 ans, a présenté il y a une dizaine d'années un accès de misanthropie hypocondriaque analogue au sien, l'intensité en moins. Plusieurs de ses oncles maternels étaient également portés à la tristesse et à l'hypocondrie. L'un d'eux, plus particulièrement, avait des périodes de dépression pendant lesquelles il s'enfermait chez lui ; il a fini par le suicide à la suite de pertes de jeu. Le malade a trois autres frères qui sont tous très intelligents, bien portants et bien pondérés.

En ce qui le concerne, il n'a jamais eu de maladies graves dans le cours de sa vie ; il n'a éprouvé que de légères atteintes de fièvre intermittente aux colonies.

Intelligent et très laborieux, il s'est surmené au lycée, si bien qu'en réthorique, au moment de la puberté, il a été pris d'accidents nerveux avec pertes séminales et hypocondrie qui ont nécessité un traitement hydrothérapique. Les pertes séminales ont toujours continué depuis, plus ou moins abondantes.

Jusqu'à il y a deux ans rien d'anormal à signaler. A cette époque sans cause appréciable, exagération de certains accidents nerveux, battements de cœur, dyspepsie, sueurs, etc. L'année dernière, il s'y est joint de la torpeur intellectuelle, de la fatigue générale, une tristesse profonde. Puis est survenu un véritable accès de lypémanie avec délire de culpabilité imaginaire, crainte de châtiments, idées de suicide. Craignant sans cesse un procès infamant, M. F.., devint anxieux et dans une crise d'exaltation, en septembre 1888, il s'ouvrit les veines de l'avant-bras, d'où hémorrhagie abondante et excitation plus violente. Placé à ce moment dans un établissement d'hydrothérapie, il n'y resta qu'un mois et rentra chez lui non amélioré.

C'est quelque temps après son retour que les idées de culpabilité du début se sont progressivement atténuées pour faire place au délire hypocondriaque actuel. Le malade était préoccupé surtout de ses voies digestives. Il éprouvait dans l'estomac « comme une occlusion complète, absolue, ou plutôt il croyait que son estomac n'existait plus, que son ventre était vide et ses intestins atrophiés ». Aussi en arriva-t-il à ne plus manger, et c'est dans cet état, à la suite de trois jours d'abstinence complète, qu'il nous fut amené.

Ma première impression fut qu'il s'agissait d'une paralysie générale dont il présentait, en outre du délire, les apparences extérieures. Il parlait à peine, d'une voix lente et dolente, il marchait péniblement et avec lourdeur, sa maigreur était extrême (93 livres

---

serait à se demander en quel siècle Avicenne a vécu. L'auteur semble l'avoir ignoré lui-même puisqu'à la page 10, il nous dit que l'*ouvrage* d'Avicenne « a été écrit il y a près de douze cents ans ». Douze cents ans ! mais M. Eddé, si vous disiez neuf cents, vous seriez beaucoup plus près de la vérité, car le moindre dictionnaire biographique vous dira qu'Avicenne a vécu de l'an 980 à l'an 1036. C'est à dire qu'il est mort depuis 863 ans.

D'autres choses offusquent dans ce travail ; ainsi le nom d'Hippocrate est toujours écrit avec un *y*; bien heureux encore est le père de la médecine de ne pas toujours voir son nom mutilé en outre d'une lettre, comme il l'est à la page 13, où on lui supprime un *p*.

On s'est d'ailleurs permis d'autres libertés dans cette thèse : ainsi à la page 16, la ligne 4 présente un blanc, où devait se trouver le nom du troisième type des tempéraments qu'admettait Avicenne : le bilieux, le sanguin et l'*anonyme*. On me dira sans doute que la faute doit être imputée à l'imprimeur qui n'aura pas su lire. Mais l'on ne saurait excuser le sans-gêne d'un aspirant au doctorat qui ne relit pas ou ne corrige pas les épreuves de sa thèse inaugurale.

Cette thèse est, au reste, presque toute composée de citations. Bien que l'auteur fasse valoir, dès les premières lignes, les difficultés que l'on a à se procurer un texte, « vu l'impression défectueuse de l'original arabe qu'il a eu entre les mains et qui a été imprimé à Rome en 1593 », bien qu'à ces difficultés M. Eddé en ajoute une autre *déjà si grande par elle-même*, la difficulté de la langue arabe, nous ne croyons pas qu'on puisse faire parade de ses peines quand on laisse imprimer des phrases comme celle-ci :

« Si vous voyez le malade faire des mouvements comme s'il cherchait à prendre quelque chose *au du mur*, sachez que c'est un signe de mort. »

Pour nous montrer indulgent, nous dirons que l'impression du travail de M. Joseph Eddé, né à Beyrouth, le 1er mai 1862, est presque aussi défectueuse que l'édition arabe d'Avicenne. Et nous nous permettrons de consigner ici tous les regrets que nous en avons.

II. — Van Helmont.

Depuis longtemps déjà, l'idée d'élever une statue à Van Helmont avait germé chez nos proches voisins de la Belgique. L'Académie Royale de médecine avait depuis vingt-cinq ans, avec l'appui du

au lieu de 130, poids habituel), son teint était tout à fait cachectique, sa peau terreuse, sèche, et sa tête couverte d'une masse de pellicules ; de plus, ses pupilles étaient très dilatées sans être inégales, et sa langue, épaisse et blanchâtre, était animée de tremblements ainsi que les mains. Son âge enfin correspondait exactement à celui de la paralysie générale (46 ans).

L'intelligence seule paraissait, quantitativement, tout à fait intacte.

En somme l'état de M. F.., était tel qu'il me parut d'abord difficile pour ne pas dire impossible de me prononcer d'une façon absolue.

L'examen des organes ne me dévoila rien de grave. Cependant il existait de l'embarras gastrique, de l'atonie stomacale et intestinale et une constipation des plus opiniâtres. Le pouls marquait de 90 à 100 pulsations. Les bruits du cœur étaient normaux. Quant à l'état général, il était franchement mauvais.

Le traitement consista en calmants, en toniques, en bains, en douches et surtout en lavages quotidiens de l'estomac.

Grâce à cette médication et au calme produit par l'isolement, l'état physique ne tarda pas à s'améliorer. Le poids qui était de 93 livres s'éleva progressivement à 97 livres le 8 avril, à 106 le 23, à 109 le 2 mai, à 114 le 14 à 118, le 18 juin, enfin à 127 à l'heure actuelle (34 livres de plus qu'à l'entrée). Mais la dépression générale, le défaut d'activité, le refus d'aliments persistaient. Quant au délire hypocondriaque, il était invariable : « Il me semble que je vais étouffer ; ça ne passe pas, j'ai trop mangé, l'estomac est plein ». Lucidité parfaite et intelligence conservée.

Durant le mois de juin, le malade fut soumis tous les jours au traitement par la suspension avec l'appareil de Sayre modifié (1). Sous l'influence sans doute de ce traitement, car tous les adjuvants avaient été momentanément supprimés, il se produisit un réveil graduel des forces physiques et morales, mais surtout un retour progressif de l'activité. Le délire persistait d'une façon à peu près absolue.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le mois de juillet, le malade a continué de s'améliorer lentement mais progressivement, surtout au point de vue de l'état général qui est à peu près redevenu ce qu'il était autrefois. Il s'est très bien trouvé des courants continus, pratiqués pendant deux mois.

(1) Voir pour la technique et les premiers résultats de la suspension chez les paralytiques généraux et les mélancoliques, deux notes à la Société de médecine de Bordeaux, présentées en collaboration avec le Dr Friese (Journal de médecine de Bordeaux, 1889).

Toutefois les idées hypocondriaques quoique moins vives, sont toujours très manifestes. Il est impossible de faire avouer à M. T., qu'il va mieux : « son estomac es plein, il va étouffer, etc. » Lorsqu'il n'est pas occupé, il a toujours la main dans sa chemise, appliquée sur l'épigastre. Les appréhensions sont surtout vives le soir et avant de se coucher. Il me recommande instamment de passer le lendemain matin dans sa chambre parce qu'il doit mourir la nuit, et qu'il désire que je sois là pour faire le nécessaire et envoyer sa montre à sa famille.

Tel est l'état actuel de M. F..., Quelle que soit l'issue de son affection, et je crois qu'il s'achemine insensiblement, mais sûrement vers la guérison, je suis depuis longtemps tout à fait convaincu qu'il s'agit chez lui d'un véritable accès de lypémanie et non d'une paralysie générale en voie d'évolution (1).

Il suffit de lire ces observations, même résumées, pour constater combien elles se rapprochent, au point de vue du délire, de la paralysie générale au début à forme dépressive. On pourrait même à la rigueur soutenir que ce sont là quatre cas de mélancolie congestive dans lesquels la terminaison par la démence paralytique eût été ou sera fatale, avec le temps. Mais sur ce terrain, la discussion est impossible, car on peut en dire autant de toutes les folies, quelles qu'elles soient. En réalité il s'agit là, à mon sens, d'une lypémanie pure et simple n'ayant de commun avec la paralysie générale que la similitude plus ou moins complète du délire.

Mais précisément en raison de cette similitude, le diagnostic offre de réelles difficultés : difficultés d'autant plus grandes que c'est le délire hypocondriaque lui-même, considéré sous cette forme comme appartenant en propre à la paralysie générale et comme suffisant à la distinguer, qui devient, dans les cas de ce genre, le véritable motif de la confusion.

Où puiser les éléments de ce diagnostic dont l'importance pratique ne saurait échapper à personne ?

La question n'a jamais été traitée que d'une façon tout à fait incidente, soit dans les publications antérieures, soit dans les dernières monographies encyclopédiques relatives à la paralysie générale et à l'hypocondrie ; et les intéressants travaux de M. Cotard sur le délire des négations sont peut-être ceux qui

(1) Cette observation a été rédigée au mois d'août. Aujourd'hui, le malade, à peu près entièrement guéri, est sur le point de rentrer dans sa famille. Il ne conserve plus de son accès qu'un certain degré de lenteur dans les manifestations de l'activité, mais qui va s'atténuant tous les jours.

gouvernement, préparé les voies, en mettant au concours le 27 décembre 1864 la question suivante :

« Faites l'histoire de la vie et des écrits de Van Helmont considéré comme médecin; exposez ses doctrines médicales; discutez-en la valeur et établissez clairement l'influence qu'elles ont exercée sur la science et la pratique médicales. »

M. le Dr Rommelaere obtint le prix et M. Mandon, de Limoges, une médaille de 400 francs.

Ce fut à la suite de ce concours que M. Alphonse Vandenpeereboom, ministre de l'Intérieur, proposa au roi d'ériger un monument à J.-B. Van Helmont sur l'une des places publiques de la capitale. Le Conseil communal de Bruxelles ainsi que la députation permanente du Conseil provincial du Brabant avaient résolu, avant que l'arrêté royal parût, d'intervenir respectivement dans les frais que l'hommage à rendre à cet illustre médecin devait occasionner.

Par suite de quelles circonstances, le projet n'a pas abouti plus tôt, nous l'ignorons.

Mais enfin, le 15 juillet dernier, sur la place du Nouveau Marché aux grains de Bruxelles, a eu lieu l'inauguration solennelle de cette statue.

L'échevin de l'Instruction publique, M. André, a, le premier, prononcé une courte allocution, dans laquelle il a surtout montré le médecin de Vilvorde aux prises avec les difficultés de toute nature que lui suscitèrent ses recherches et ses travaux. « La statue que nous allons saluer, ainsi s'est exprimé M. André (1), dira à la postérité ce qu'a été J.-B. Van Helmont; elle perpétuera le souvenir du philosophe profond, du savant éclairé, de l'écrivain érudit, du praticien habile qui, confiant dans les leçons fécondes de l'expérience et de l'observation, sut affranchir la science des entraves du passé ; elle montrera enfin que la Patrie reconnaissante n'oublie jamais ceux de ses enfants dont le génie a contribué à sa gloire et à sa grandeur. »

Le voile qui cachait la statue étant tombé aux applaudissements de la foule, le Dr Rommelaëre, qui avait plus d'un titre pour prendre la parole au nom de l'Académie de médecine de Belgique, puisqu'il en est aujourd'hui le secrétaire et qu'il en avait été le

(1) Voir la brochure publiée par l'Académie Royale de médecine de Belgique : *Le Monument de Van-Helmont*. Bruxelles, F. Hayez, imprimeur, 1889.

s'y rapportent le plus directement. Encore ces travaux, comme celui tout récent de M. Séglas, ont-ils surtout pour but de mettre en lumière l'évolution fréquente du délire hypocondriaque vers l'idée de négation et d'énormité et le dédoublement de la personnalité ; ils ne s'occupent pas du diagnostic différentiel.

Je crois donc utile d'indiquer ici les signes pratiques qui me paraissent le plus propres à résoudre le problème. Dans une première catégorie, sont rangés ceux que j'ai pu trouver disséminés dans les auteurs français et étrangers ; dans la seconde, ceux qui me paraissent résulter des observations précédentes et de celles de M. Cotard.

Voici les principaux caractères distinctifs tirés des auteurs :

1° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale a un cachet particulier d'absurdité, d'hébétude et d'incohérence. Il apparaît soudainement, il est mobile et inconsistant. Les malades ne discutent pas et parlent sans conviction ; ils mettent peu d'empressement à se plaindre de leurs maux (Baillarger, Marcé, Voisin, Luys, etc.). Le délire de la lypémanie, lui, peut être monotone, mais il n'offre pas le même caractère d'absurdité. Le malade voit son mal, le raisonne, l'explique, cherche à convaincre, à se faire plaindre, s'anime contre ses contradicteurs (Luys) ;

2° Dans la paralysie générale, le délire hypocondriaque peut se compliquer à un moment quelconque d'idées délirantes de nature ambitieuse. Il n'en est jamais ainsi dans la lypémanie (Marcé), (Voir Observation I ci-dessus) ;

3° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale n'est pas heureusement influencé par la morphine, contrairement à ce qui a lieu dans la lypémanie (Voisin) ;

4° Dans la paralysie générale, les sujets ne sont pas héréditairement prédisposés. Ils n'ont pas eu antérieurement d'accidents nerveux (Mendel) ;

5° C'est de 35 à 45 ans que survient la paralysie générale et par conséquent le délire hypocondriaque qui lui est lié (Mendel Julius Mickle) ;

6° L'examen des organes est presque toujours négatif dans la paralysie générale (hypocondrie *sine materia*) (Mendel),

7° Dans la paralysie générale il survient quelquefois, dès le début, de légères attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des symptômes pupillaires et spinaux (Mickle ;)

8° Ultérieurement, on constate les signes habituels de la démence paralytique ;

9° Dans la lypémanie anxieuse, le délire hypocondriaque s'accompagne d'idées de damnation et de possession, d'analgésie, de propension au suicide et aux mutilations volontaires, de la crainte de ne pouvoir mourir. Il aboutit au délire de négation et d'énormité et au dédoublement de la personnalité. (Cotard, Séglas.)

Ces caractères distinctifs sont loin de suffire à donner la certitude dans la pratique ; et il en est parmi les plus importants, comme ceux tirés de l'aspect du délire et de l'hérédité, qui n'ont qu'une valeur minime, puisqu'on peut les retrouver dans les deux formes de maladies. Aussi, ne croyons-nous pas inutile d'y ajouter les suivants :

1° La lypémanie avec délire hypocondriaque s'observe surtout à un âge avancé, de 45 à 60 ans. On la rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de *huit* cas sur *douze*, contrairement à ce qui a lieu pour la paralysie générale (observations de Cotard et personnelles). En revanche, elle est, comme toute vésanie, bien plus rare chez les syphilitiques que la paralysie générale, de sorte que l'existence d'une syphilis antérieure constitue, dans ces cas, une présomption sérieuse en faveur de la paralysie générale.

2° Le délire hypocondriaque de la lypémanie n'apparaît pas dès le début de l'accès, mais plus ou moins longtemps après, quelques mois ou quelques années. Il est constamment consécutif au délire ordinaire de la lypémanie, surtout au délire de culpabilité imaginaire, qui en est le type. Il reste associé à ce délire et se combine logiquement avec lui. Il est tenace, fixe et persistant. Rarement il s'accompagne d'hallucinations ; en revanche, les rêves terrifiants, la peur de mourir, le refus d'aliments, la tendance au suicide sont presque la règle. La maladie est sujette à des crises paroxystiques plus ou moins aiguës. Pendant de longues années, l'intelligence reste intacte, les souvenirs précis, la lucidité plus ou moins grande, quelquefois complète ;

3° L'examen des viscères est habituellement négatif ; cependant on rencontre fréquemment l'état saburral, l'inertie stomacale et intestinale, la constipation, la fréquence du pouls, des palpitations et plus rarement d'autres troubles fonction-

---

lauréat dans le concours sur Van Helmont, a prononcé un véritable discours.

On ne saurait s'y tromper, c'est une apologie, un paranymphe du héros, plutôt qu'une étude critique sur le grand chercheur de la fin du XVIe siècle ou mieux du commencement du XVIIe siècle.

Pouvait-il en être autrement ! Le patriotisme, la circonstance, le caractère même de l'orateur, imposaient des éloges et rien que des éloges. On risque bien en remplissant ce rôle de déprécier par trop tout ce qui avait été fait dans l'ordre des études médicales avant l'avènement de Van Helmont, on risque aussi d'exagérer démesurément la beauté de son œuvre, et de dénigrer du coup tous les adversaires des théories de ce réformateur, de ce voyant de la médecine, même dans ce que ses théories ont d'aventureux ou de hasardé. Mais enfin cela est dans le rôle, il s'agit, pour l'esprit indépendant qui lit le discours au coin du feu, de le remettre au point en supprimant ce que l'apparat imposait à l'orateur. Il n'en ressort pas moins que Van Helmont a mérité, par ses œuvres, par l'élévation de ses vues, par son activité, par sa fermeté, par son talent d'observation, une réputation supérieure à sa renommée actuelle. Sans arriver jusqu'à l'enthousiasme on reconnaît que Cabanis formulait un jugement exact quand il écrivait : « Au milieu de cette fumée alchimique et superstitieuse, où trop souvent ses idées sont comme perdues, jaillissent par intervalles des traits d'une vive lumière. C'est sur la route de l'erreur qu'il a fait d'heureuses découvertes, et c'est dans le langage des charlatans qu'il annonce de brillantes vérités. »

Cuvier qui, lui aussi, a écrit sur Van Helmont, lui a rendu également justice : « son dévouement à la science, nous dit-il, quoique égaré par des idées superstitieuses, lui attira l'estime de ses contemporains. »

Enfin un autre de ses biographes, Cap, a pu écrire : « Tantôt penseur vigoureux, au raisonnement sévère, au langage prophétique, tantôt humble et modeste, crédule et superstitieux, il se montre partout d'une candeur et d'une sincérité irréprochables. C'est un des savants qui honorent le plus l'histoire de la science ; c'est un des hommes qui ont mêlé le plus de vues profondes et hardies aux erreurs et aux caprices d'une imagination enthousiaste l'un de ceux qui, à travers les bizarreries et les conceptions d'un cerveau fantastique, ont laissé dans la science le plus d'idées, neuves et de vérités positives. »

nels. L'amaigrissement est progressif et rapide; il survient quelquefois une véritable cachexie;

4° La guérison est possible; toutefois les malades peuvent finir par le suicide, le marasme ou le passage à l'état chronique. C'est surtout dans ce dernier cas qu'on observe le délire des négations de Cotard, qui paraît être l'étape terminale de cette forme de lypémanie.

Telles sont les indications cliniques qui découlent de l'étude des faits et que j'ai cru dignes d'être notées.

Je me résume en disant:

Que le délire hypocondriaque à caractère spécial de la paralysie générale est susceptible de se rencontrer sous la même forme dans la lypémanie anxieuse;

Que le diagnostic dans ces cas peut présenter de réelles difficultés;

Que, pour résoudre le problème, il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit tous les éléments cliniques de distinction. C'est pour faciliter cette tâche que nous avons cru devoir réunir les principaux de ces éléments dans une énumération d'ensemble, en y ajoutant ceux qu'ont pu nous fournir nos propres observations.

## REVUE GENERALE

DES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PLÈVRE, par M. H. BARBIER.

(SUITE ET FIN. — Voir les deux derniers numéros.)

### II

Nous venons de voir, en étudiant la méthode d'injection d'air stérilisé dans la plèvre, le procédé trouvé par M. le professeur Potain et les résultats qu'il avait obtenus. Nous avons vu que le but était: d'obtenir l'asepsie de la plèvre, de favoriser la disparition de l'épanchement et secondairement de conserver au pneumothorax l'action bienfaisante qu'on lui attribue dans la cicatrisation des lésions tuberculeuses. Le résultat comme on le voit est complexe.

Dans le même ordre d'idées, on a essayé, dans les cas de pleurésies à caractères infectieux consécutives à des pneumothorax, et alors que l'abondance de l'épanchement ne pousse pas à la thoracenthèse, on a essayé, dis-je, de différents côtés, de parer à un des dangers les plus accusés de ces pleurésies, c'est-à-dire, à leur caractère infectieux.

Il ne s'agit plus ici d'évacuation de liquide septique ou non, et de son remplacement par de l'air aseptique: un malade a un pneumothorax, des accidents fébriles se montrent, un épanchement apparaît en même temps dans la plèvre; des accidents qui sentent l'infection se développent, on reconnaît ou on soupçonne que leur origine est dans le liquide pleural. Rendre aseptique ce liquide et du coup transformer en un épanchement indifférent par sa nature, un épanchement infectieux, tel a été le but poursuivi et atteint.

Au mois de mai 1888, M. Renaut (1) communiquait à la Société des Sciences médicales de Lyon, une observation de ce genre.

Un homme atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse fait un pneumothorax droit bientôt accompagné d'un épanchement qu'une ponction, faite avec la seringue de Pravaz, montre être exclusivement citrin au début. Pour empêcher la suppuration, M. Renaut essaie des injections intra-pleurales de liqueur de Van Swieten; injections faites, bien entendu, avec toutes les précautions antiseptiques désirables.

Le pneumothorax s'est développé le 6 mai 1888.

Le 9. On injecte dans la plèvre trois seringues de liqueur de Van Swieten.

Le 12. Trois seringues;

Le 15. Cinq;

Le 18. Six;

D'abord on n'observe aucun accident, local ou général d'intoxication. Quant aux résultats thérapeutiques obtenus, ils sont manifestes. Le malade va mieux, s'assied sur son lit, le liquide reste clair.

Le 22. Il reçoit huit seringues.

Le 26 mai cinq. L'amélioration se maintient lorsqu'un pneumothorax gauche emporte brusquement le malade. A l'autopsie, on trouve dans la plèvre droite un liquide absolument citrin: les poumons sont farcis de masses caséeuses. En somme, du 5 au 26 mai, M. Renaut avait injecté à peu près tous les deux jours, et sans aucun phénomène d'intolérance, de 3 à 8 grammes de liqueur de Van Swieten.

(1) Société des sciences médicales de Lyon 1888. Lyon médical 1888 et *in* Gazette médicale de Paris. Juin 1888.

---

L'éloge de M. Rommelaëre après un court préambule comprend 6 divisions suivies d'un résumé général: 1° l'homme; 2° ses études; 3° la physiologie de Van Helmont; 4° ses doctrines médicales; 5° sa pratique médicale, sa thérapeutique; 6° son influence sur les progrès des sciences biologiques.

Je pourrais relever dans ce discours, d'ailleurs fort bien pensé et brillamment rendu, quelques mots qui détonnent: le mot *prétendument* que nos voisins de Belgique sont seuls à conserver; le mot *maestria* appliqué à l'assaut mené par Van Helmont contre les hérésies médicales de son temps; mais je préfère citer une page qui en dira plus long sur ce discours que nous ne pourrions en écrire:

« Ses successeurs immédiats furent impuissants à suivre son essor; ils limitèrent leur tâche et s'emparèrent chacun d'une partie spéciale de ses procédés. Les éléments qu'ils recueillirent présentaient à leurs yeux une importance prépondérante, et l'équilibre que Van Helmont avait maintenu, disparut sous l'effort de cette spécialisation à outrance.

« On vit naître ainsi de nombreuses doctrines, — nous pourrions en compter jusqu'à six, qui, tout en étant la conséquence généalogique directe de l'impulsion donnée par Van Helmont, aboutirent cependant à un pôle opposé à celui que recherchait le médecin flamand.

« Elles possédaient toutes une part de vérité, mais leur exclusivisme ne permit pas d'en retirer de grands fruits.

« Cette vue d'ensemble, qui permit au médecin flamand de fondre dans une unité harmonique les nombreux phénomènes que l'observation lui révélait, fit complètement défaut chez ses successeurs immédiats.

« Un effort suprême fut tenté par Boerhaave pour arrêter le démembrement de la doctrine.

« Herman Boerhaave était un esprit des plus remarquables; il étudia tous les systèmes qui s'étaient succédé depuis Van Helmont, scruta minutieusement tous leurs détails et les réunit en un corps de doctrine.

« Mais si ses connaissances encyclopédiques étaient aussi étendues que celles de Van Helmont, il manquait au médecin de Leyde la largeur de vues de ce dernier. Là où Van Helmont avait créé une œuvre brillante de vérité par son unité, Boerhaave substitua

Dans le même ordre d'idées, à la séance du 27 juillet 1888, de la Société médicale des hôpitaux, M. Moizard (1) communiquait deux observations du même genre. Au lieu de liqueur de Van Swieten, M. Moizard s'était servi d'un mélange bien connu en chirurgie et ainsi composé :

Teinture d'iode ..................
Alcool à 60° .................... } āā parties égales
Solution d'iodure de potassium à 1/10.

et dont il injectait 30 grammes dans la plèvre malade.

Dans la première observation, il s'agit d'un hydropneumothorax droit, avec épanchement peu abondant. Le malade, qui tousse depuis quelque temps, et qui a eu cinq mois auparavant une pleurésie gauche, est dans un état alarmant ; fièvre vive à 40°, aspect typhique, dyspnée, délire. C'est alors que, songeant à un épanchement septique de la plèvre droite, M. Moizard lui injecte 30 grammes de la solution iodurée. Chute de la température, amélioration des symptômes généraux, retour de l'appétit, tels sont les phénomènes qui suivent l'intervention thérapeutique. D'ailleurs, aucun signe d'iodisme, les urines ne contiennent pas trace d'iode. Les jours suivants l'amélioration s'accentue, *l'épanchement diminue*, et au moment de la communication de M. Moizard, le malade aurait pu se considérer comme guéri, s'il n'eût existé au sommet des signes de tuberculose et si les crachats n'eussent renfermé des bacilles de Koch. Mais néanmoins le but poursuivi était atteint.

Le second malade de M. Moizard est un tuberculeux aussi qui, le 2 juin 1888, rentre dans son service avec un pneumothorax droit, une dyspnée et une anxiété intense. Il a de la fièvre, et il reçoit le 4 juin une injection iodée qui, par suite d'une fausse manœuvre, se trouve portée à 70 grammes. Il y eut à la suite, une douleur vive pendant quelques heures, et pendant trois jours les urines continrent de l'iode en quantité notable. Quoi qu'il en soit, les phénomènes qui suivent l'injection se passent comme dans le cas précédent : seulement le malade succombe avec une poussée de granulie.

En somme, indépendamment de la tuberculose qui n'est pas en question ici, le but poursuivi était atteint, la pleurésie infectieuse arrêtée dans son évolution voyait disparaître avec elle les phénomènes généraux graves qui l'accompagnaient.

(1) Bull. et mém. de la Société méd. des hôp. de Paris, p. 348, 1888.

une doctrine éclectique impuissante à satisfaire l'esprit investigateur et critique.

« Il nous faut arriver à Bordeu pour retrouver cette unité de conception qui caractérise l'œuvre de notre compatriote.

« Bordeu a pénétré dans le cœur même de la doctrine de Van Helmont. Il l'a reprise, lui a adapté des expressions nouvelles plus en rapport avec les idées de son époque et en a fait ressortir la prodigieuse fécondité.

« Le terrain était reconquis et cette fois définitivement. »

On le voit, le style de M. Rommelaère est à la hauteur du sujet. En trouvant concentrées sous un si petit volume tant d'idées larges, fécondes, pleines de sève, nous avons eu un petit régal. Et ce n'est pas chose commune. Nous remercions le secrétaire de l'Académie de médecine de Belgique de nous l'avoir procuré.

(*A suivre*). D<sup></sup>r ALBERTUS.

### III

*Des injections pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses.*

Nous venons de voir, dans ce qui précède, par quels procédés on a cherché à guérir rapidement les pleurésies purulentes ou les pneumothorax, en évacuant les épanchements pleuraux, avec toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse, ou en leur substituant au fur et à mesure de la ponction un milieu rendu préalablement aseptique.

Dans ce chapitre, au contraire, nous allons voir naître une nouvelle méthode. On n'évacue plus le contenu de la cavité pleurale. Mais, étant donnée une pleurésie avec tous les caractères qu'on attribue aujourd'hui aux pleurésies infectieuses, on cherche à faire perdre à cette pleurésie ses propriétés septiques, et cela au moyen d'injections intra-pleurales de substance capable de produire ce résultat. En d'autres termes, la question se trouve ramenée à ce problème de microbiologie :

Etant donné un liquide contenant des microorganismes de telle ou telle nature, quel est le liquide et quelles sont les conditions qui peuvent entraver le développement ultérieur de ces microorganismes, et frapper d'inertie ou de mort ceux qui s'y sont déjà développés.

Nous avons vu déjà en parlant du pneumothorax, et en rapportant les faits dus à M. Moizard, combien la plèvre semblait tolérante pour ces sortes d'injections ; nous avons vu en même temps que les craintes d'intoxication, dans les cas où on emploie le sublimé, devaient être considérées comme bien minimes, puisque nous avons vu qu'on pouvait injecter dans la plèvre malade des quantités relativement considérables de cette substance, et ce dans un laps de temps très court, sans qu'il en fût résulté le moindre signe d'intoxication.

Il y a donc de ce premier chef une grande garantie de sécurité, et l'on peut marcher hardiment en avant, sans redouter des accidents de ce genre, si l'on reste, bien entendu, dans les limites des doses raisonnables.

Dès 1888, M. Bouchard avait déjà employé ces injections intrapleurales dans le cas de pleurésie à caractères infectieux. Dans deux cas de pleurésie purulente, il avait injecté une solution de naphtol, dans des proportions qu'on trouvera à la fin de cet article. Diminution de la fièvre, diminution de l'épanchement, et finalement guérison, tel avait été le résultat (1).

A la séance de la Société médicale des hôpitaux du 12 juillet 1889, M. Fernet a, de son côté, apporté de nouvelles observations où ce nouveau procédé avait été appliqué.

Il s'agit de pleurésies d'une nature particulière, et certainement de nature infectieuse : « *En effet, bien que la maladie locale ne semblât présenter rien de particulier, l'intensité de la fièvre et des autres phénomènes généraux, la prostration des malades, l'existence de taches rosées lenticulaires, etc., m'ont fait penser que ces pleurésies étaient de nature infectieuse, que peut-être même elles étaient comparables à ces formes de fièvre typhoïde qu'on connaît maintenant sous le nom de pneumotyphus, et que s'il en était ainsi le nom de pleurotyphus leur serait applicable.* » (2)

M. Fernet cite à la suite trois observations de ces sortes de pleurésies toutes trois terminées par la guérison.

1° *Obs.* — Malade de 43 ans, atteint de gingivite et de stomatite, avec une pleurésie accompagnée de phénomènes généraux et d'une fièvre vive. Du 10 au 22 février on fit tous les

(1) Bouchard. Thérapeutique des maladies infectieuses, 1889.
(2) Fernet. Société médicale des hôpitaux, juillet 1889.

deux jours une injection de liqueur de Van Swieten. Les cinq premières injections furent de 5 grammes, les autres furent de 7 gr. 50. En même temps la malade prenait à l'intérieur 1 gr. 30 de naphtol en 6 doses.

Quels furent les résultats immédiats? Je laisse la parole à l'observation, et j'y trouve que de 40° la température s'abaisse à 39° et à 37°5. Diminution sensible de la quantité de l'épanchement, amélioration des phénomènes généraux. Mais voici où l'observation devient encore plus intéressante.

Le 24, on cesse les injections, 4 jours après, la fièvre reparaît, l'épanchement augmente de nouveau.

Le 5 mars, on reprend le traitement, et 4 jours de suite on fait les injections de sublimé, 5 grammes tous les jours, et 3 jours après la fièvre est tombée de nouveau, l'état général est satisfaisant et l'épanchement se résorbe.

J'ai tenu à donner en détail cette intéressante observation parce que l'influence du traitement intra-pleural y est manifeste. La cessation des injections de sublimé fait reparaître les accidents *locaux et généraux*, le traitement est repris, et tout rentre dans l'ordre. Ce fait a la valeur d'une expérience de laboratoire.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une pleurésie survenue dans une fièvre typhoïde anormale. Le malade eut trois injections de 5 grammes chaque, avec la liqueur de Van Swieten, et la pleurésie n'eut pas de suite.

La dernière observation présente avec la précédente une grande analogie. Même condition d'apparition de la pleurésie. Le malade reçoit 5 grammes de liqueur de Van Swieten dans la plèvre à cinq reprises différentes pendant 7 jours, puis après évacuation de 100 grammes de liquide séro-purulent, 100 grammes d'une solution de chloral à 1 0/0. Six jours après cette dernière injection, l'épanchement est en pleine décroissance.

Comme le fait remarquer M. Fernet, dans ces trois cas, il était permis de porter un pronostic grave, et on pouvait craindre, soit la purulence, soit la reproduction du liquide de l'épanchement pleural.

Le mémoire de M. Fernet contient 4 autres observations où le même traitement fut tenté. Dans deux cas, le malade succomba, mais dans le premier, il s'agit d'un diabétique offrant tous les signes de l'infection purulente; dans l'autre, il y eut complication de pneumothorax, chez un artério-scléreux qui avait depuis longtemps une pleurésie hémorrhagique. On le voit, ces cas sont beaucoup plus complexes et plus graves, et ne peuvent guère être comparés aux précédents pour juger de la méthode. Dans un autre, le résultat fut également bon. Un premier malade atteint d'une tumeur multiple, offrait une pleurésie à épanchement sans cesse renaissant. Après plusieurs injections de chlorure de zinc, M. Fernet employa la solution iodurée de M. Moizard, il injecta 30 grammes dans la plèvre, et l'épanchement ne reparut plus.

En résumé, la plèvre enflammée tolère admirablement les substances chimiques antifermentescibles qu'on y injecte, et qu'on peut y injecter sans crainte d'accidents; et, comme le fait remarquer M. Fernet, c'est là *une médication d'avenir*.

Avant d'en arriver à la ponction, et surtout à l'empyème, quelle que soit maintenant la bénignité relative de celui-ci, on est en droit, dans les cas de pleurésie infectieuse, de tenter les injections intra-pleurales antiseptiques. Et au premier rang des substances à employer, on peut ranger le sublimé (5 à 8 grammes de liqueur de Van Swieten), le chlorure de zinc, (nous en avons vu plus haut la dose), le chloral à 1 0/0, l'iode (solution de M. Moizard), en n'oubliant pas, en qui concerne ce dernier agent, que son emploi occasionne une douleur très violente, et pouvant amener la syncope, enfin le naphtol comme dans les cas de M. Bouchard (solution de naphtol dans l'alcool et l'eau, deux fois par jour une injection de 2 à 4 centim. cubes, représentant 10 à 20 centigrammes de naphtol).

## REVUE DES JOURNAUX

### ACTION NOCIVE DU CHLOROFORME.

IV. — Contribution a l'étude des effets du chloroforme par le prof. Salkowsky. *Virchow's Archiv.* T. CXV. fasc. 2. p. 339, 1889. De l'action de quelques narcotiques sur le mouvement de désassimilation des principes albuminoïdes, par le même. *Centralblatt für die. medic. Wissenschaften* 1889, n° 52, p. 945.

V. — Décomposition des vapeurs de chloroforme au voisinage d'une flamme de gaz, par le Dr Stobwasser. *Berliner Klin. Wochenschrift* 1889, n° 10, p. 219, et n° 34, p. 760.

VI. — La chloroformisation est-elle dangereuse dans une pièce éclairée au gaz, par von Iterson, de Leiden, Fischer, de Berlin, A. Zeller de Stuttgard, Hartmann d'Ottenstein. *Ibidem* n° 13, p. 291.

VII. — Dangers de la chloroformisation dans un local éclairé au gaz, par le Dr Bossart. Ibidem n° 15, 340.

VIII. — Sur l'influence délétère du gaz d'éclairage lors de l'emploi du chloroforme, par le Dr Eversbusch. *Munchener med. Wochenschrift* 1889, n° 13.

IV Salkowski a étudié par voie expérimentale la question de savoir si, en administrant de l'eau chloroformée à un chien, on réussirait à désinfecter le contenu de l'intestin de l'animal. Ces recherches ont été faites sur des chiens qui étaient préalablement placés en état d'équilibre nutritif pour ce qui concerne l'ingestion et l'excrétion de la matière azotée. Elles ont fourni à l'auteur l'occasion de constater, incidemment, que l'eau chloroformée, injectée dans l'estomac en quantité insuffisante pour produire le sommeil anesthésique, détermine un accroissement de l'excrétion des principes azotés, comparable à celui que Strassmann et Ostertag ont observé chez des animaux soumis à des inhalations de chloroforme. L'influence accélérative que ce dernier exerce sur la désassimilation de l'albumine des tissus est donc indépendante des effets narcotiques du chloroforme.

— Cette conclusion se trouve corroborée par les résultats de recherches plus récentes, faites sous la direction de M. Salkowsky, par un de ses élèves Ken Taniguti. Un même chien était soumis successivement et à des intervalles de quelques jours, à une chloroformisation, à une injection d'eau chloroformée dans l'estomac, à une éthérisation. L'inhalation de vapeurs d'éther n'exerçait pas d'influence bien marquée sur l'excrétion de l'azote, contrairement à ce qui avait lieu avec le chloroforme administré par voie d'inhalation ou d'injection stomacale.

D'autres expériences ont montré que la paraldéhyde et le chloral, administrées à raison de 4 doses durant quatre jours exercent sur l'excrétion des principes azotés une influence analogue, quoique moins prononcée. Salkowski se propose d'étudier l'influence qu'exerce sur la désassimilation de la matière albuminoïde l'administration prolongée de ces mêmes narcotiques, et de rechercher en même temps s'il est possible de combler, par un surcroît d'alimentation, le déficit éventuel

résultant de cette désassimilation plus active de l'albumine organisée.

VI. — Une autre question qui a préoccupé les chirurgiens allemands, dans le courant de l'année dernière, est relative aux dangers qu'on peut faire courir à un opéré, en le chloromant dans un local éclairé au gaz.

Cette question a été soulevée d'une façon tout à fait incidente, à propos d'une controverse survenue entre le prof. de Meyer, d'Utrecht, et le Dr Ostwalt, de Berlin, au sujet d'un appareil à stérilisation. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 8, p. 165.) De Meyer mentionnait en peu de mots, que les produits de combustion de la flamme de gaz pouvaient devenir une source de dangers, dans un local où on chloroformise, assertion qui avait été qualifiée de singulière par Ostwalt.

A ce propos, Stobwasser fit savoir que la combinaison des vapeurs de chloroforme avec les produits de combustion du gaz d'éclairage paraissait livrer des produits très délétères pour la muqueuse des voies respiratoires.

Quand ils sont inhalés, ces produits de combustion déterminent une sensation de grattement dans le larynx, de la toux, de la céphalalgie. Lorsqu'on opère dans une salle éclairée au gaz il arrive souvent, suivant la remarque de Stobwasser, qu'au bout d'une demi-heure tous les assistants sont pris de violentes quintes de toux, qui ne cessent qu'au sortir du local.

— Dans une note publiée postérieurement, Stobwasser mentionne que d'après le Pr Bosshard, les vapeurs de chloroforme venant en contact d'une flamme de gaz, entourée d'un cylindre de verre, se décomposent en donnant naissance à de l'oxyde de carbone, à de l'acide chlorhydrique et à du chlore, c'est-à-dire à deux gaz irrespirables. Des lapins enfermés dans une caisse où brûlait un bec de gaz, et dans laquelle on laissait évaporer du chloroforme, ont été pris de dyspnée.

Quelques animaux ont péri, et à leur autopsie on a trouvé des lésions pulmonaires (œdème, hémorrhagies, etc.).

VI. — Le professeur Iterson, de Leiden, attaché à une maison de santé, où on avait disposé pour les opérations une petite salle chauffée au gaz, vit coup sur coup plusieurs sujets venir en proie à une asphyxie subite pendant qu'ils étaient en pleine anesthésie chloroformique. Sur la demande d'Iterson, on modifia le mode de chauffage, on installa un fourneau ordinaire. A partir de ce moment, on n'eut plus à se préoccuper des accidents de la nature sus-dite. Iterson ajoute qu'il attribue à l'inhalation des produits de la décomposition du chloroforme au contact de la flamme du gaz, la mort subite d'une de ses opérées, survenue le 8 janvier 1888. Il s'agissait d'une réduction en masse d'une hernie étranglée. La chose était faite, et déjà la malade avait repris connaissance, lorsque subitement, sa respiration s'arrêta. Tous les efforts tentés pour ranimer cette femme échouèrent.

— Le Dr Fischer mentionne les faits suivants, qui ont été observés à l'hôpital municipal de Carlsruhe, et dans la maison de santé du Dr Gutsch. Dans les deux établissements, la salle d'opération est éclairée au moyen d'un bec de gaz, de gros calibre. Or, chaque fois que dans un de ces locaux on entreprend une opération un peu longue à la lumière du gaz, une demi-heure ne s'est pas écoulée que tous les assistants sans exception se mettent à tousser. L'irritation des bronches va en augmentant. Puis il s'y ajoute une sensation de constriction céphalique, de la céphalalgie, du vertige, voire des vomissements. L'atmosphère de la salle se charge d'une sorte de brouillard blanc, surtout au voisinage de la flamme de gaz. Fischer ajoute qu'on n'a pas pu savoir si les opérés avaient à souffrir de cette altération de l'atmosphère ambiante.

— Le Dr Zeller de Stuttgard, ayant eu à faire une herniotomie, la nuit, à la lumière du gaz, tous les assistants y compris l'opérateur furent pris d'une toux qui devint bien vite insupportable. En même temps, une odeur de chlore se dégageait dans le local, qui était de petites dimensions. On ouvrit les portes et les fenêtres, pour donner accès à l'air extérieur, et il devint alors possible de continuer l'opération. Le patient n'avait pas été incommodé.

— Le Dr Hartmann, d'Ottenstein, confirme tous ces faits, et il ajoute que les choses se passent de même quand l'éclairage est fourni par une lampe à pétrole.

— VII. Le Dr Bosshart, de Nenstrelitz, annonce que lui et ses assistants ont éprouvé les phénomènes signalés par Fischer, pendant une opération pratiquée avec le secours du chloroforme, dans un local éclairé au gaz. L'anesthésie n'a pas été troublée.

— VIII. Eversbusch, de Munich, mentionne des faits analogues.

E. RICKLIN.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL D'HYDROTHÉRAPIE, leçons professées à l'école pratique de Paris, suivies d'une instruction sur les bains de mer (4e édition), par le Dr MACARIO.

J'ai eu occasion de rendre compte dans la *Gazette médicale*, de gros traités d'hydrothérapie. En voici un petit. Les premiers représentent le science, celui-ci la pratique de l'hydrothérapie. Ce n'est pas que la pratique ne tienne une grande place dans ceux-là, mais elle y est étouffée par les dissertations théoriques, par les discussions surtout, par de nombreuses observations, et de semblables ouvrages, quel que soit leur mérite propre, ne se prêtent pas aisément à la vulgarisation, si nécessaire en semblables matières. Les petits traités, les manuels, sont plus propres à l'expansion. Or je ne connais guère de sujet qui exige à un plus haut degré que l'hydrothérapie, la possession de principes corrects.

Pour ce qui concerne les eaux minérales, nous voyons comment on s'en tire, bien ou mal, avec des données générales, des souvenirs et des notoriétés. On n'est pour rien dans l'application, ce qui est une sauvegarde en cas d'erreurs commises, et puis les médecins thermaux sont là pour les corriger ou les pallier.

Il n'en va pas de même pour l'hydrothérapie. Sans doute il serait très bon que les pratiques hydrothérapeutiques revinssent toutes à des mains habituées et particulièrement compétentes. Mais ce n'est pas réalisable. On aurait beau écarter indéfiniment les murs des établissements hydrothérapiques, ils ne pourraient se prêter à toutes les applications nécessaires et si l'on restreignait celles-ci aux cas où il est loisible d'aller s'enfermer dans un établissement spécial, ce serait sacrifier une foule d'applications utiles. Il y a dans les déplacements thermaux, en outre de leur extensibilité infinie, une part hygiénique qui les légitime toujours et les facilite beaucoup ; et puis la durée de ces sortes de traitements, bien qu'en général trop raccourcie, a nécessairement des bornes limitées. Les traitements hydrothérapiques sont des traitements à longue durée. Aussi se fait-on quelque illusion sur l'importance de leur installation près des stations thermales et se

trompe-t-on tout à fait dans la plupart des cas où l'on croit pouvoir substituer l'hydrothérapie à tout ou partie du traitement thermal lui-même. Trois semaines d'hydrothérapie, ce ne peut être que pour essayer : ce n'est pas un traitement.

La plupart des pratiques hydrothérapiques les plus sommaires, si l'on veut, mais elles sont bien souvent suffisantes, peuvent être réalisées à domicile sans grandes difficultés. Le plus difficile c'est qu'elles soient dirigées méthodiquement. Pour cela il faudrait que tout médecin possédât la compétence nécessaire. Je ne veux pas dire que tout médecin doive, on puisse posséder le fin du fin de l'hydrothérapie, comme ceux qui en ont fait leur spécialité. Il est bien des cas où l'intervention de ces derniers serait très nécessaire. Mais, dans le plus grand nombre, le médecin ordinaire peut suffire : au moins faudrait-il qu'il possédât les connaissances techniques indispensables. Il n'est pas une pratique hydrothérapique qui ne puisse être dangereuse, si elle est mal entendue.

M. Macario avait eu l'excellente et rare idée de faire un cours d'hydrothérapie à l'Ecole pratique. C'était parfait comme idée. Mais on sait ce que peuvent produire aujourd'hui ces cours de l'Ecole pratique. Grâce à telle ou telle direction venue d'en haut, l'Ecole pratique, que l'on a connue si brillante, si féconde, versant on peut dire à pleines mains une instruction solide et attrayante par je ne sais quel caractère d'intimité à toute une série de générations médicales, a vu enfin la région dévouée à l'enseignement libre devenir un désert où l'on hésite à pénétrer, et où le feu sacré, entretenu non plus par les prêtres du lieu, mais par un impôt profane, brûle dans une quasi solitude.

Je pense que le diplôme ne devrait être accordé qu'à la condition d'être contrôlé, d'avoir suivi des leçons spéciales d'hydrothérapie dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Or trois ou quatre leçons bien faites pourraient suffire. Si le temps devait en être pris sur trois ou quatre heures de laboratoire, la pratique de la médecine ne s'en trouverait pas plus mal.

Le manuel de M. Macario est consacré surtout à la technique de l'hydrothérapie, comme à ce qu'on peut appeler aussi la technique du bain de mer, tout en donnant une juste place aux indications de l'une et de l'autre médication. Son mérite consiste moins dans la nouveauté des vues que dans sa méthode. Un travail de ce genre ne se prêtait guère à l'analyse : j'ai cru devoir seulement insister sur son caractère d'utilité et sur le grand intérêt qui s'attache à son sujet.

Dr Max. Durand-Fardel.

## LES LIVRES D'ÉTRENNES

Nouvelle géographie universelle, tome XV, Amérique boréale, par Elisée Reclus.

L'œuvre de la description de la terre et des hommes qui l'habitent, entreprise par M. Elisée Reclus s'avance régulièrement vers son achèvement.

Des cinq parties du monde, quatre ont déjà leur histoire complète dans cette encyclopédie géographique. La description de l'Europe comprend cinq volumes, celle de l'Asie, quatre volumes, celle de l'Afrique, quatre volumes, et celle de l'Océanie, un volume.

Le tome quinzième de cet ouvrage, unique en son genre, comprend la description de l'Amérique boréale. Le chapitre consacré à l'histoire des héroïques efforts tentés pour découvrir la route du pôle nord est l'un des plus émouvants que l'on puisse lire, et montre à quel point la passion de la science peut élever l'âme de l'homme, en lui donnant assez de vertu pour braver les plus épouvantables périls et la mort la plus affreuse pour arriver à la découverte de la vérité. Après avoir retracé la peinture de ces dévouements désintéressés, M. Reclus consacre la plus grande partie de ce volume à la description d'un pays qui doit nous intéresser au premier chef, car c'est la seule contrée du monde où la France ait donné dans la même mesure la preuve de ses facultés colonisatrices. Peuplé de colons français, le Canada, bien qu'il ait changé de maîtres, est resté une terre française, où la langue, les mœurs et les traditions de notre race se sont conservées intactes, malgré l'éloignement, malgré l'abandon de la mère patrie : spectacle encourageant pour ceux qui rêvent encore à la grandeur de la patrie par l'expansion de son esprit et de ses idées à travers le monde.

Le volume est complété par la description du Groënland, de l'Archipel polaire, de l'Alaska et de l'île de Terre-Neuve.

Le Désert, par Adrien Mellion, 1 vol. in-16 de 280 pages. (Bibl. des Merveilles). Paris, lib. Hachette et Cie, 1890.

Dans ce volume l'auteur se propose de nous apprendre ce que sont les principaux déserts disséminés sur la surface du globe, en nous faisant connaître d'une façon très complète les caractères généraux ou particuliers à chacun d'eux.

Il passe en revue successivement en Asie d'abord : les déserts de Gobi, de Cha-Mo ou de Mongolie ; du Touran ou du Turkestan russe ; ceux de l'Iran ou de la Perse, de l'Arabie et de la Syrie ; puis en Afrique, les déserts de l'Egypte et les différentes régions du Sahara ; en Amérique enfin le désert d'Atacama au Chili.

La géologie, la topographie, la climatologie, la flore, la faune, l'ethnographie, les moyens d'accès ou de traversée sont décrits d'une manière fort attachante, et si l'auteur ne semble pas avoir voyagé et avoir vu par lui-même, il a certainement beaucoup cherché et beaucoup lu ; les notes bibliographiques qui accompagnent chaque chapitre en font foi.

Le toit du Monde (Pamir), par Guillaume Capus, 1 vol. in-16 de 300 p. (Bibliothèque des Merveilles). Paris, lib. Hachette et Cie, 1890.

Le Pamir, ce formidable nœud des montagnes de l'Asie centrale, les plus élevées du globe, était, il y a une vingtaine d'années, encore presque complètement inconnu des Européens.

Les explorations de quelques Anglais au nord de l'Inde et surtout la marche en avant des Russes au sud-est de la mer d'Aral, dans le Turkestan, vers la Mongolie et la Chine, ont de nouveau ouvert la voie à la civilisation dans ce berceau de la race aryenne.

M. G. Capus, accompagné de deux autres Français, vient récemment de traverser le Pamir, du nord au sud, en moins de deux mois, à la fin de l'hiver, après avoir surmonté d'incroyables difficultés dues surtout à l'extrême rigueur du climat.

C'est ce voyage que l'auteur nous raconte, après nous avoir parlé du Pamir chez les Anciens — le Toit du Monde des Chinois — et de sa traversée au XIIIe siècle, par le célèbre vénitien Marco Polo.

Les renseignements de toutes sortes, physiques et naturels, abondent et donnent un puissant intérêt à ce livre.

L'ORÉNOQUE ET LE CAURA, par J. CHAFFANJON. 1 vol. in-16, de 350 pages. Lib. Hachette et Cie, 1889.

M. Chaffanjon nous donne la relation de voyages effectués en 1886 et 1887, à la suite d'une mission scientifique dont il avait été chargé en 1884, par M. le ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts, dans le Haut Vénézuela.

L'auteur, qui a d'abord exploré les rives du Caura, affluent de l'Orénoque et la province du même nom, puis recherché et trouvé les sources de l'Orénoque, décrit très longuement les différentes péripéties par lesquelles il a passé, l'histoire naturelle et l'anthropologie de cette région mal connue.

Son livre se termine par une étude sur la linguistique et un vocabulaire des différents idiomes parlés par les peuplades indiennes du pays. Ce n'est pas un des moindres intérêts de l'ouvrage qui mérite d'être lu à tous égards.

## BULLETIN

LA PROSTITUTION ET LA SYPHILIS. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE — LA MORTALITÉ A PARIS DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉPIDÉMIE RÉGNANTE. — SITUATION DES SYNDICATS MÉDICAUX A L'ÉGARD DE L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE.

M. Commenge a communiqué à l'Académie de médecine le résultat de recherches sur la prostitution à Paris de 1878 à 1887. Notre confrère montre que la plupart des statistiques qui ont été produites, depuis la discussion de l'Académie, sur la prophylaxie de la syphilis, sont erronées, et il conclut de celle qu'il a élaborée lui-même et suffisamment contrôlée, que le danger de la prophylaxie de la syphilis croît progressivement suivant les catégories suivantes: filles en carte, filles en maison, filles arrêtées ou en dépôt, filles insoumises. D'où la nécessité de réglementer et de surveiller de plus en plus activement la prostitution.

— La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose se poursuit à l'Académie sans apporter beaucoup d'éléments nouveaux.

M. Sée est venu appuyer ses conclusions précédentes de deux documents. Le premier est relatif aux mesures draconiennes inspirées il y a un siècle, au roi de Naples, par la contagion de la tuberculose, mesures qui ont été en vigueur jusqu'en 1848 et ont été aussi adoptées en Portugal. Suivant le Dr de Renzi, les résultats en ont été déplorables et la propagation de la tuberculose n'a été en rien modifiée.

Le second document est une lettre de M. Cornet (de Berlin), dans laquelle ce savant confrère exprime des opinions en tout conformes à celles de M. Sée.

M. Trélat, après des considérations sur le rôle de l'hérédité dans la propagation de la turberculose, et sur les différences que présente, suivant les cas, l'évolution de la maladie, défend à son tour les conclusions de la Commission, dont les premières lui paraissent inattaquables, dont les dernières seules, qu'il est tout disposé à voter, peuvent à la rigueur être modifiées et réduites.

M. Widal a fourni un appoint important à l'opinion, déjà exprimée par M. Lagneau, que l'affluence de tuberculeux dans un pays est loin d'être indifférente pour la propagation de la tuberculose dans ce même pays. D'après les recherches de notre confrère, la tuberculose, à peu près inconnue en Algérie avant la conquête, y aurait été importée par nous et aurait pris, depuis qu'Alger est devenu le quartier d'hiver d'un nombre croissant de tuberculeux, une extension régulièrement progressive, dans la population civile comme dans la population militaire. Le climat qui, dans certaines conditions, exerce une influence favorable sur l'évolution de la maladie, n'en prévient pas la transmission. C'est à Alger, sur le littoral et dans les provinces dont cette ville est le chef-lieu, que se sont montrés les cas les plus fréquents, puis la maladie s'est étendue, de proche en proche, jusque dans les parties les plus méridionales et aux postes les plus avancés du Sahara. Aucun fait ne saurait plaider plus éloquemment en faveur des mesures prophylactiques de la tuberculose.

— L'épidémie de grippe reste à peu près stationnaire à Paris. Si la morbidité tend à diminuer, la mortalité continue d'offrir un chiffre très élevé, on peut dire exceptionnellement élevé, ainsi que le montre plus loin le bulletin hebdomadaire des décès.

Suivant la remarque de M. Bertillon, l'épidémie actuelle est moins meurtrière que le choléra de 1837 et de 1849, mais elle l'est plus que les épidémies cholériques de 1854 et de 1865. Elle rappelle un peu, mais sans y atteindre, la léthalité de la grippe de 1837, qui, au dire de M. Léon Colin, a tué plus de monde en France et en Angleterre que le choléra de 1832.

M. Bertillon, dans un travail statistique fort intéressant publié dans le *Bulletin médical*, a étudié les causes et les conditions de cette mortalité excessive ; ses conclusions sont les suivantes :

« La mortalité parisienne présente actuellement un accroissement considérable ; cette mortalité exceptionnelle frappe tous les quartiers de la ville et probablement toutes les classes de la société.

« Elle n'atteint guère les enfants, mais elle pèse généralement sur les adultes, surtout sur les hommes adultes et aussi sur les vieillards.

« Elle est due aux maladies de l'appareil respiratoire, généralement la pneumonie, la bronchite aiguë, la congestion pulmonaire.

« Elle amène la fin des individus atteints de maladies chroniques susceptibles de complications pulmonaires. »

Si l'on s'en réfère aux données statistiques relevées par M. Bertillon, la grippe ne tue pas directement, mais indirectement par les complications pulmonaires qui surgissent. Mais ces complications proviennent-elles immédiatement, symptomatiquement de la grippe elle-même, ou, jusqu'à un certain point, indépendantes, trouvent-elles simplement dans des organismes modifiés par la grippe, un terrain favorable à leur éclosion ? M. Nothnagel admet la seconde hypothèse en ce qui concerne la pneumonie lobaire franche, qu'il considère comme surajoutée à la grippe. Tous les ans il existe, à cette époque de l'année, une épidémie saisonnière de pneumonie; la grippe a favorisé, mais n'a pas créé l'épidémie de cette année; elle n'a été pour celle-ci qu'une cause adjuvante. « La grippe et la pneumonie, dit-il, sont deux maladies microbiennes différentes, mais qui voyagent fréquemment de compagnie, parce que l'une prépare les voies de l'autre. »

Quoi qu'il en soit de ces idées théoriques, et que ces complications relèvent directement de la grippe, comme la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, ou indirectement, comme la pneumonie lobaire, c'est en définitive la grippe la grande coupable et, comme on ne connaît pas de mesure prophylactique spéciale qui mette à l'abri de ses atteintes, la conclusion pratique est qu'il faut se soigner sérieusement, quelque légèrement qu'on soit frappé.

— On se souvient qu'après l'arrêt de la Cour de cassation

du 27 juin 1885, qui refusait l'existence légale aux syndicats médicaux, ceux-ci, déjà constitués depuis le vote de la loi du 21 mars précédent sur les syndicats professionnels, ont continué de fonctionner librement, non seulement avec la tolérance, mais on pourrait dire plus justement, avec l'appui moral de l'administration supérieure qui, dans maintes circonstances, est entrée en rapports avec eux et a accepté leur concours. Nous en voulons pour preuve la lettre suivante que nous lisons dans le dernier numéro du *Concours médical* :

« A Monsieur le président de l'Union des syndicats médicaux de France.

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de vous informer que, par décret en date du 14 décembre 1889, l'autorisation d'exercer la médecine en France a été retirée à M. de Bruc (Carlo), médecin italien, que vous m'aviez signalé dans votre lettre du 26 septembre dernier.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

« Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

« Pour le Ministère et par autorisation,

« Le Directeur de l'enseignement supérieur,

« LIART. »

De même en province, bon nombre de mesures relatives à l'assistance et à l'hygiène publiques ont été étudiées et prises d'un commun accord, entre l'autorité préfectorale et les syndicats médicaux. De telles relations officielles constituent une reconnaissance implicite de ces syndicats.

Mais l'arrêt de la Cour suprême n'en persiste pas moins, et il peut suffire d'un incident pour que les syndicats en ressentent les effets. C'est ce qui vient d'arriver dans les Vosges, où les relations les plus agréables ont existé entre le préfet et l'Association syndicale jusqu'au jour où un membre de l'Association a été révoqué de ses fonctions de médecin de la protection de la première enfance, parce qu'il a combattu aux élections législatives le candidat républicain. Le syndicat, justement jaloux de l'indépendance de ses membres, adresse une protestation au ministre de l'intérieur; le préfet répond par la dissolution du syndicat.

Nous n'avons pas ici à juger la décision prise par le préfet des Vosges; il a en somme usé de son droit, et comme ce droit s'étend à tous ses collègues, comme, d'un autre côté, en tout temps et sous tous les régimes, il faut compter avec l'arbitraire, les syndicats médicaux feront sagement d'éviter tout conflit avec l'administration, jusqu'à ce que leur existence soit reconnue et autorisée par la loi. Nous ajouterons, en passant, que l'incident qui précède justifie la réserve de l'Association générale à contracter, comme on l'y sollicitait, des liens étroits avec les syndicats. Elle a donné et continue son appui moral à ces derniers : dans l'état actuel des choses, on ne saurait lui demander davantage.

Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

—UN PENDANT DE L'AFFAIRE DES MÉDECINS DE RODEZ.—Deux médecins de Neuville-sur-Saône, ayant refusé d'obtempérer à une réquisition de l'adjoint au maire de cette ville, agissant comme officier de police judiciaire, viennent d'être condamnés par le tribunal de simple police à une amende de 6 fr. Le cas de flagrant délit ne pouvait être invoqué dans cette circonstance. Le juge de paix de Neuville n'en a pas moins appliqué à nos deux confrères l'art. 475 n° 12 du Code pénal, s'appuyant, entre autres, sur les deux considérants suivants :

« Attendu que les articles sus-visés (art. 27 de la loi du 19 ventose an XI; — art. 81 du Code civil ; — art. 44 du Code d'instruction criminelle), en obligeant les magistrats ou officiers de police judiciaire de requérir des hommes de l'art, dans les cas qu'ils déterminent, imposent par cela même à ceux-ci l'obligation d'obéir.

« Attendu que le magistrat requérant est seul juge pour décider s'il y a ou non indice de mort violente, et s'il y a ou non présomption de crime ; que cette appréciation est en dehors du caractère spécial de la mission qu'a à remplir le médecin et qui est déterminé par la loi. »

Ces deux considérants font table rase, comme on voit, de la circonstance restrictive du cas de flagrant délit, et établissent le pouvoir discrétionnaire de tout officier de police judiciaire. C'est une jurisprudence qu'on peut souhaiter, mais qu'on ne saurait déduire logiquement du texte précis de la loi actuelle. L'affaire de Neuville, comme celle de Rodez, vient donc démontrer l'urgence de la réforme réclamée depuis si longtemps dans la législation relative aux réquisitions judiciaires.

— L'HYGIÈNE DANS LES STATIONS SANITAIRES. — Les médecins d'Arcachon viennent de donner un exemple qui mérite d'être suivi par ceux des autres stations sanitaires. Réunis sous la présidence de notre confrère M. Hameau, et s'inspirant de la discussion actuellement pendante devant l'Académie de médecine sur la prophylaxie de la tuberculose, ainsi que de la discussion sur l'assainissement des stations sanitaires, soulevée par une communication de M. Ad. Smith (de Londres) au Congrès international d'hydrologie et de climatologie, ils ont adressé au maire d'Arcachon une lettre dans laquelle ils indiquent nettement les mesures à prendre pour se conformer aux règles d'hygiène et de prophylaxie propres à protéger la santé publique, en même temps que les intérêts économiques de la station. Ainsi ils demandent :

« 1° De faire installer par la Ville une étuve à désinfection, et d'avoir une machine mobile pouvant être transportée, pour répandre la vapeur sous pression dans les locaux où auront séjourné des malades atteints de maladies contagieuses, et dans les locaux d'hôtels et de villas meublés où seront survenus des décès ;

« 2° D'obliger les loueurs en garni et hôteliers, dont la plupart le font déjà, à désinfecter l'air, les murs, les planchers, les objets mobiliers, la literie, les tentures et les tapis des chambres dans lesquelles auront séjourné ou seront morts des malades atteints d'affections contagieuses à un degré quelconque ;

« 3° De charger un agent de surveiller le travail de désinfection et d'en faire un rapport écrit ;

« 4° Sur le vu de ce rapport, M. le maire délivrerait un certificat qui serait la garantie des familles, et la justification des hôteliers et loueurs en garni. »

Nos confrères demandent en outre l'application rigoureuse des règlements de police concernant l'installation et l'entretien des fosses d'aisances, la surveillance des substances alimentaires, l'inspection régulière des vaches laitières, etc. Ils réclament enfin l'établissement d'une place à abris couverts dans la forêt.

Tant que l'organisation de l'hygiène publique en France ne sera pas plus avancée, il appartient au corps médical de chaque station sanitaire d'éclairer, comme le viennent de faire nos confrères d'Arcachon, l'administration municipale sur les mesures à instituer et à faire observer.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Léon Blondeau, ancien chef de clinique de Trousseau. Blondeau avait précieusement conservé les traditions cliniques de son maître. C'était un des praticiens les plus répandus et les plus estimés de Paris.

M. le Dr Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux, et, si nous ne nous trompons, doyen des médecins de la capitale, sinon de la

France entière, vient aussi de succomber : il avait 94 ans. Auteur de travaux remarquables, M. Gendrin, durant une grande partie de sa longue carrière, a été l'un des médecins consultants de Paris les plus recherchés.

***

*Distinctions honorifiques.* — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les Drs Rémy, Hanot, Voilant, Troisier, Raymond, Ribemont-Dessaignes, Sergent, Josias, Dehenne ; A. Royer (de Paris) ; Roux (d'Hyères) ; Basley (de Bayeux) ; Caubet (de Toulouse) ; Bertrand (de Chalon-sur-Saône) ; Couturiers (du Ludo) et Le Janne (médecin de la marine en retraite).

***

*Chambre des députés.* — Les propositions de loi sur l'exercice de la médecine qui ont été déposées sur le bureau de la Chambre par M. le Dr Chevandier et M. Lockroy, ont été renvoyées à l'examen d'une commission spéciale ainsi composée :

Président : M. le Dr Chevandier (Drôme) ; secrétaire : M. le Dr David (Alpes-Maritimes) ; MM. les Drs Dellestable (Corrèze) ; Gacon (Allier) ; Signard (Haute-Saône) ; Langlet (Marne) ; Isoard (Basses-Alpes) ; Cosmao-Dumenez (Finistère) ; Grisez (Haut-Rhin) ; Bourgeois (Vendée) ; Vachery (Haute-Vienne).

***

— Hôpital des enfants : Le Dr Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 15 janvier sept à neuf heures, il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation le samedi.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Du rhumatismatisme chronique et de son traitement thermal*, par le docteur Charles Lavielle, médecin de l'établissement thermal des Baignots, à Dax (Landes). In-8° de 185 pages, 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 DÉCEMBRE 1889 AU SAMEDI 4 JANVIER 1890.

Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 3. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 24. — Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 465. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses, 59. — Autres, 6. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 84. — Paralysie, 17. — Ramollissement cérébral, 18. — Maladies organiques du cœur, 109. — Bronchite aiguë, 142. — Bronchite chronique, 178. — Broncho-pneumonie, 157. — Pneumonie, 500. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 13. — Biberon, 40. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 49. — Sénilité, 79. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 520. — Causes inconnues, 23. — Total : 2683.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.





# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## ORTHOPEDIE

### DE LA SUSPENSION LATÉRALE DANS LE TRAITEMENT DES SCOLIOSES

Par P. Redard, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

La suspension latérale, dans le traitement des scolioses, est une méthode d'origine récente. Indiquée en 1886 par A. Lorenz (1) (de Vienne), elle n'a été expérimentée que par quelques rares orthopédistes.

Nous espérons démontrer, dans cet article, que ce mode de redressement a une certaine valeur et qu'il peut rendre de grands services dans la correction toujours si difficile de certaines formes de déviations de la colonne vertébrale.

Le but que l'on recherche, par l'emploi de la suspension latérale, est d'obtenir un relâchement des articulations, une mobilisation de la partie de la colonne vertébrale déviée et rigide.

Les appareils qui permettent de faire cette suspension sont simples.

(1) A. Lorenz. Pathologie und Therapie der seitlichen Ruckgrat-Verkrümmungen. Wien., 1886.

A. Lorenz a modifié d'une façon heureuse l'appareil de gymnastique bien connu, appelé en Allemagne : appareil de Wolm.

Cet appareil se compose (fig. 1) de deux poteaux verticaux, longs de 1 mètre 20, éloignés de 1 mètre, qui sont solidement fixés sur un cadre de bois. Les poteaux portent une barre

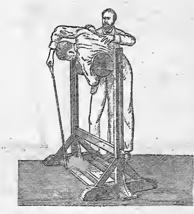


Fig. 1.

transversale que l'on peut placer à différentes hauteurs et fixer par des chevilles. Lorenz a placé à la partie moyenne de la

## FEUILLETON

### ETUDE DE MEDECINE MILITAIRE.

L'avancement au choix et le choix de l'avancement. — Comme jadis. — La désertion à l'intérieur du Corps de santé. — Un cabinet des antiques. — Des candidats perpétuels. — 5e et 7e direction. — Les médecins du Shahi de Perse. — Le hors cadres. — Les missions étrangères et le Val-de-Grâce. — Lettres persanes. — La ration des troupes italiennes à Massaouah. — Colonel-médecin et commandant médecin. — Cavalerie et infanterie à l'Ecole de santé de Lyon.. — Les bourses et le *Moniteur de l'armée* de 1868. — Une école du service de santé de la Marine. — Lutte de Bordeaux contre Marseille. — L'avancement des médecins de réserve et territoriaux. — Le 7e directeur d'autrefois et celui d'aujourd'hui. — Un quart de l'effectif des pharmaciens militaires dans le gouvernement de Paris. — 35 rapports d'inspection médicale. — L'hygiène et les officiers de tous grades de l'armée.

I

La grande affaire de cette époque de l'année c'est l'avancement au *choix* — le Tableau.

Depuis 57 ans, officiers de tous grades et médecins militaires se font suivant l'âge, friser, teindre ou ramener quelques mèches, puis avec un sourire d'avancement ils se présentent en décembre dans les antichambres d'avancement, chez les propriétaires de l'avancement.

C'est une époque de souffrance pour leurs cordons de sonnette. Sans doute il est séduisant de voir le mot choix accoté à son nom, même entre deux parenthèses, et par la publicité restreinte des 2000 de tirage des journaux spécialistes de l'abonnement militaire, des annonces militaires et des circulaires ou décisions.

Cela flatte d'être homme de choix, d'être classé au choix, c'est la joie des parents et des enfants.

Tandis que le mot ancienneté 1er ou 2e tour, a, qu'on le veuille ou non, quelque chose d'une *influenza* de science de seconde ligne et, dans l'espèce, s'il s'agit de médecin traitant, du vague danger qu'il y aurait à le laisser approcher de son lit.

Les mots ont une immense force. Et vous aurez beau après commerce avec l'inspecteur X.., qui a eu toute une vie de choix et qui a

barre transversale de cet appareil un cylindre de 45 cent. de long, légèrement rembourré avec du cuir et couvert de peluche ou de drap. (Fig. 1.)

A une des barres transversales du cadre, est appliquée une courroie terminée par une poignée dont on modifie la longueur au moyen d'une boucle. On peut simplifier cet appareil en supprimant le cadre en bois et en ne se servant que de la barre supportant le cossin, que l'on fixe alors à la hauteur voulue entre les deux montants d'une porte. A trente centimètres environ de la ligne de projection de la barre, on fixe au plancher un anneau auquel on peut attacher une corde solide. Cette corde est munie à son extrémité supérieure d'une poignée.

Pour des raisons que nous développons plus loin, nous avons cru utile de proposer l'appareil représenté ci-dessous. (Fig. 2.)

Cet appareil a été construit par M. Burlot.

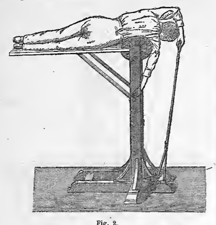


Fig. 2.

Aux montants verticaux d'un cadre en bois est fixée une barre transversale supportant un cossin résistant, rembourré, de forme ovale, présentant une surface convexe assez étendue destinée à bien s'adapter à la paroi thoracique avec laquelle il doit se mettre en rapport.

Ces coussins sont simplement fixés par une vis et peuvent être changés; leur forme, leurs dimensions sont très facilement modifiées suivant les cas.

Une planche de 1 mètre de long et de 0,50 de large est fixée à la partie supérieure des montants, de chaque côté du coussin. Elle est assez fortement échancrée en avant du coussin, et articulée de telle sorte qu'elle peut se rabattre et se placer verticalement le long des poteaux. Deux tiges de bois la soutiennent, et permettent de la fixer en différents points, plus ou moins inclinée, grâce à des encoches placées sur la partie interne des montants. (Voir fig. 3.)

Le bras du côté de la déviation peut saisir des cylindres de bois placés transversalement à différentes hauteurs entre les montants.

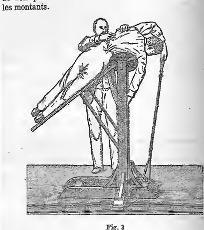


Fig. 3

Pour obtenir un redressement par la suspension latérale, en se servant de l'appareil de la figure 1 (scoliose dorsale gauche) le malade doit monter sur l'appareil, la distance de la face

---

été primé à tous les comices de classement, concevoir un étonnement timide de ce que ce héros s'évanouit un peu dans le tête à tête et semble moins de 1er choix.

Vous vous dites « il n'était pas en jour » et sous ses balbutiements, surtout sous ses silences, vous devinez des profondeurs océaniques insondables de 4000 mètres. Vous le voyez à travers le classement au choix.

Par contre, pour le major B... ou H..., qui n'a pas été classé, mais déclassé à chaque saint Sylvestre malgré sa parole brûlante, son esprit d'initiative, ses travaux connus, vous êtes envahi par je ne sais quel soupçon d'un clinquant de surface et d'un vernissage. Il n'y a plus là les profondeurs solidement muettes de l'inspecteur X.. qui, s'il n'a jamais été choisi par les concours, les académies ou le simple public, l'a toujours été par le vieux Conseil de santé de l'Intendance à l'unanimité de ses idoines.

En décembre 1889, notre sélection peu naturelle se pratique comme en 1833 et hivers suivants à huis clos, en secret. Et ce mystère toujours cher aux augures aruspices et autres oracles sybillins, bien que légèrement démodé au seuil du xxe siècle, et un peu précieux, ridicule, est ici un jeu de scène indispensable.

***

En effet, cela se prête à tout, c'est une pièce à tiroirs. Si X... avance, c'est qu'il a un talent mystérieux sans que ça paraisse, et si d'autres n'avancent pas c'est que mystérieusement toujours et sans qu'il y paraisse plus, ils sont inférieurs. Par cette condamnation sans considérants, sans attendus, même inattendus, tout lésé se trouve transformé en « réclameur » il a quelque chose de cette défaveur d'emblée qui s'attache aux « prévenus ».

Et c'est ce qui fait les démissions, les retraites anticipées, la « désertion à l'intérieur », du Corps de santé, cette douleur, ce martyre d'être sérié, sans le vu, l'interrogé, la légitime défense du moi, ce rayonnement intellectuel sur ses juges que permet le concours, d'être étiqueté dans son indépendance honnête au-dessous des agréables qui font des prosternations orientales devant des fauteuils ressemblant à des trônes et vont

supérieure du cylindre rembourré au plancher étant à la hauteur de l'aisselle ou un peu plus basse; il saisit la poignée de la main droite et met le pied gauche sur la barre qui relie les deux poteaux; il avance alors, par une sorte de mouvement de rotation, la tête et la partie supérieure du corps et se couche sur la partie latérale gauche du thorax, le bras et l'aisselle gauche exactement enroulés sur le cylindre. A ce moment les pieds ne doivent plus reposer sur la barre.

La pression sur le thorax doit être bien perpendiculaire (voir fig. 2 et 3); la section diagonale droite dans le cas représenté dans notre dessin, c'est-à-dire celle qui va de droite à gauche et d'arrière en avant doit être perpendiculaire au coussin. Il faudra donc veiller avec grand soin à ce que le corps ne s'incline ni en avant ni en arrière. Le sujet doit saisir avec force la poignée, pendant toute la durée des manœuvres.

Dans le cas de scoliose lombaire, la disposition du sujet doit être un peu différente. Soit une scoliose lombaire gauche. La poignée de l'appareil est saisie avec la main droite, le corps (partie latérale gauche), placé sur le cylindre, le bras gauche enroulé autour du cylindre, exactement au-dessus de la crête iliaque gauche, et représentant un *levier à deux branches égales.*

Avec notre appareil, la manœuvre est différente. Le sujet est placé sur la planche dans la position indiquée dans notre figure 2, le thorax dévié très exactement en rapport avec le coussin. On donne à la courroie la longueur voulue, et alors seulement on fait basculer la planche, la mettant à différentes hauteurs, ne lui donnant la position perpendiculaire que lorsque le sujet est bien habitué et ne souffre plus.

On peut, sans changer la position du malade, et sans lui faire quitter l'appareil, à différentes périodes des exercices, remonter la planche plus ou moins haut, la placer horizontale dans les moments de repos.

On doit choisir avec soin le coussin qui convient au cas particulier que l'on traite; trois ou quatre modèles suffisent pour les cas ordinaires de la pratique.

L'examen des figures et notre description indiquent le mode d'action de la suspension latérale. Le corps du sujet suspendu représente assez exactement un levier à deux branches, la longue branche est constituée par la partie inférieure du thorax, la colonne lombaire, le bassin et les membres inférieurs; la courte branche, par la partie supérieure du thorax, la tête et l'extrémité supérieure gauche. Le point d'appui du corps suspendu et une partie de la gibbosité forment la résistance.

Le tronc scoliotique, ainsi que le fait remarquer Lorenz, est pour ainsi dire pendu sur la gibbosité des côtes. Le redressement se produit avec une force correspondant au poids total du corps. On augmente cette force en fixant par des boucles, aux chevilles des sujets, de petits sacs en cuir remplis de plomb, pesant 5 à 10 kilos.

Le chirurgien peut aussi, en appliquant à plat sa main droite sur le côté du thorax opposé à la déviation, exercer une forte pression verticale, qui se transmet à la gibbosité, et aider ainsi au redressement et à la mobilisation des parties déformées.

Quelles sont les modifications produites par la suspension latérale combinée avec la pression sur la colonne vertébrale et le thorax des scoliotiques?

Supposons le cas représenté par la figure 1, une scoliose primitive droite, avec une légère courbure lombaire de compensation à gauche. Si la scoliose n'est pas ancienne, on voit très nettement, pendant la suspension, la partie du thorax saillante, gibbeuse, changer de forme; la voussure exagérée des angles costaux du côté convexe est aplatie, les angles costaux du côté gauche ont une voussure plus prononcée, le thorax s'élargit dans son sens antéro-postérieur, toute la cage thoracique prend une meilleure forme. La colonne vertébrale subit aussi un redressement très marqué, les apophyses épineuses sont ramenées dans une situation normale, et même, dans quelques cas, on obtient une déviation du côté opposé, la colonne vertébrale se modelant exactement sur la courbe du cylindre sur lequel le thorax s'appuie.

La déviation lombaire secondaire se redresse sous l'influence de la suspension verticale, produite par le poids de la partie inférieure du corps. C'est là évidemment un des avantages de la suspension latérale *qui permet d'agir simultanément sur les deux points déviés de la colonne vertébrale.*

La suspension latérale a en outre une action bien certaine sur la forme du thorax, supérieure par conséquent, dans les scolioses dorsales, à la suspension verticale, qui ne peut modifier en aucune façon la forme de la cage thoracique.

En résumé, la suspension latérale agit d'une façon énergique en mobilisant et en relâchant les articulations vertébrales

---

s'exhiber à ce qu'un de nos correspondants appelle un peu vivement le « marché aux esclaves » des visites du choix (1).

* *

Tout cela, avec l'Aptitude Didiot et l'inaptitude de son successeur en 7e direction, semble avoir lassé depuis 3 ans 26 médecins majors ou principaux (2) qui, pour ne pas être déchus sans déchoir, se soustraient à ces choix singuliers; ils eussent accepté le verdict du concours, du tournoi public, du jugement du Dieu scientifique, ils se retirent devant le jugement de commissions mixtes, et les respectabilités sacrifiées aux agréabilités dans une sélection décadente.

Et alors, fatalement, il ne reste pour les 102 places de tête de l'Inspectorat et du principalat qu'un certain nombre de professeurs, d'agrégés, de tempéraments obstinés de travail qui se sont imposés par éblouissement aux préparateurs du tableau et un nombre double de quinquagénaires patients, de vieillards tenaces auxquels chaque mois ajoute des titres de calendrier, qui embrassent d'un amour complexe l'avancement, le métier et l'émargement, qui savent « qu'il faut le compte » et, comme le serpent d'Esculape, enlacent vigoureusement le caducée, attendant, sentinelles touchantes après tout, que la redoutée limite d'âge vienne les relever.

* *

A Dieu ne plaise que je décourage l'arithmétique d'Annuaire et les patients qui « arrivent » pour être nés devers 1830. Il n'est pas diabolique de persévérer. Mais on peut se demander si ces grands-pères de la médecine ont du lustre grâce à leurs lustres et, de par l'habitude de vivre, les qualités nécessaires d'initiative et de savoir.

Il est à craindre qu'on porte la peine, aux guerres futures, de ne pas avoir fait de la Loi d'Avancement la première de toutes en 1872, de façon à réserver les directions, non aux chevronnés, à ceux qui réengagent, pour ainsi dire, mais à ceux qu'aurait

(1) Nous prions les dévoués qui nous écrivent au cercle militaire, à la Société des droits de l'Homme ou chez Dentu, de vouloir bien le faire chez nous même, rue Vineuse, 3, Paris-Passy.

(2) Exactement 21 majors de 1re classe, 1 principal de 2e classe, 4 principaux de 1re; ce chiffre de retraites anticipées est sans précédent, il dépasse pour ces 3 années le demi-siècle antérieur.

ankylosées et rigides ; elle modifie d'une façon heureuse la forme du thorax, et redresse les côtés inclinés qui se placent dans une meilleure position. Elle nous paraît surtout efficace contre les dépressions correspondantes et les flexions latérales ou antéro-postérieures au-dessus et au-dessous d'elles. Notre expérience ne nous permet cependant pas de penser que cette méthode ait une action sur la rotation des vertèbres et la torsion des côtes. Le thorax et la colonne vertébrale prennent, à la suite du traitement, lorsque la torsion et la déviation ne sont pas trop avancées, une meilleure forme, mais c'est surtout par les compensations qui se produisent dans les parties voisines de la colonne vertébrale et aux extrémités des longues courbures.

La suspension latérale, pratiquée avec les appareils primitifs (fig. 1), présente un certain nombre d'inconvénients. Elle est très douloureuse, et il est peu de sujets qui veuillent s'y soumettre. La respiration est profondément modifiée, il y a, dans quelques cas menace de syncope.

Nous avons remédié, par l'emploi de notre appareil, à ces graves inconvénients en cherchant à enlever à la suspension latérale ses caractères de force et de brutalité. Nous sommes, du reste, absolument opposé à ces procédés de redressement brusque recommandés par quelques orthopédistes. (Busch, Vogt, Ghilback.)

Avec notre appareil, appliqué suivant nos indications, on procède lentement, sans brutalité, plaçant les côtés et la colonne vertébrale dans les positions voulues, graduant la force de redressement en inclinant plus ou moins le sujet. Les séances peuvent être prolongées sans inconvénients.

On habitue progressivement le sujet, jusqu'à ce qu'on puisse le placer dans la position verticale.

Depuis que nous nous servons de notre appareil, nous n'avons plus eu les menaces d'accidents observés au début avec l'appareil primitif. Les sujets les plus sensibles, les plus pusillanimes ont pu s'habituer rapidement à la suspension latérale et suivre longtemps leur traitement.

Dans les premières séances, on habitue le sujet à se placer sur l'appareil, en évitant toute douleur. Les jours suivants, on met les membres inférieurs dans une position légèrement inclinée, en abaissant un peu la planche de l'appareil. On peut laisser le sujet dans différentes positions, plus ou moins inclinées, 5 à 10 minutes. Ce n'est que lorsqu'il est bien habitué, qu'en rabattant la planche verticalement, on le suspend d'une façon effective, quelques minutes au début, plus longtemps ensuite. Pendant la suspension, on peut presser légèrement sur le côté opposé du thorax, en essayant par une sorte de massage, par des pressions répétées, de produire des mouvements au niveau de la colonne vertébrale déviée et rigide. Ces pressions ne doivent pas être énergiques ni brutales, il faut surveiller attentivement la respiration et interroger le malade sur les sensations douloureuses qu'il ressent. Nous n'avons employé que dans quelques cas des poids fixés aux membres inférieurs, dans le but d'augmenter la force de pression.

La durée des séances doit être courte au début; lorsque l'habitude est survenue, on peut consacrer une heure par jour au traitement.

Nous employons, en même temps que la suspension latérale, le massage, les exercices gymnastiques appropriés, etc.

Ainsi pratiquée, la suspension latérale donne dans quelques cas d'excellents résultats :

De l'examen de nos observations (de 1887 à 1890), il résulte que cette méthode convient surtout dans les scolioses du premier degré. On peut obtenir dans ces cas de très bons résultats après quelques semaines de traitement.

Dans les scolioses rigides du 2e degré, on doit agir beaucoup plus énergiquement, et pendant plusieurs mois. Les résultats sont moins brillants. Nous avons pu cependant dans quelques cas de scolioses graves, à marche rapide, modifier la rigidité de la colonne vertébrale, et obtenir un redressement important au bout de 8 à 10 mois de traitement. Ce redressement a été très marqué dans quelques cas, bien que la rotation des vertèbres et la torsion des côtes ne nous aient paru avoir subi aucune modification.

On doit maintenir la mobilisation et le redressement obtenus au moyen de bandages amovibles. Nous appliquons le plus souvent dans ce but des corsets plâtrés amovibles.

Il faut remarquer que, dans nos observations, la suspension latérale n'était pas seule employée, et que l'on ne peut par conséquent lui attribuer complètement les succès obtenus.

Pour les scolioses anciennes, rigides, la suspension latérale est inutile, dangereuse. Nous n'avons jamais employé cette méthode dans les cas où il aurait fallu développer une certaine force.

La suspension latérale réussit surtout chez les enfants dont les articulations vertébrales sont lâches, les os flexibles. Nous avons obtenu par cette méthode, aidée d'exercices gymnastiques spéciaux, de très bons résultats dans des scolioses prononcées chez de jeunes enfants.

désignés le concours pour le grade, concours qui n'aurait pas de peine à établir une sélection parmi les 1320 médecins militaires existant au 1er janvier 1890, et dont un si grand nombre a la passion du travail et de la justice.

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

***

— Le Conseil général des Facultés de Lille, dans la séance du mercredi 8 janvier, a élu pour son vice-président, pendant l'année 1890, M. le Dr Wannebroucq, doyen de la Faculté de médecine.

## PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

### INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX POUR RETARDER LA PUTRÉFACTION

Par M. Brown-Séquard.

Note communiquée à la Société de biologie.

J'ai déjà montré que quelquefois la rigidité cadavérique peut disparaître avant l'apparition de la putréfaction et que, conséquemment, ce n'est pas celle-ci qui fait cesser la raideur *post mortem*. Je viens à cet égard de trouver des faits du plus haut intérêt, montrant que l'intervalle, entre le moment où a lieu la cessation spontanée de la raideur et celui où la putréfaction survient, peut être de plusieurs jours.

Parmi les expériences qui m'ont donné ce résultat inattendu je rapporterai la suivante, qui est, du reste, la plus remarquable de toutes. En voici les principaux détails :

Sur un cobaye mâle, âgé d'environ trois mois, j'écrase la tête par un coup d'un large et lourd marteau. Contrairement à ce que j'ai signalé comme les effets ordinaires de cette irritation de l'encéphale (effets qui sont, ainsi que la Société le sait, ou des convulsions extrêmement violentes et irrégulières

des membres postérieurs, ou les convulsions régulières d'une attaque d'épilepsie, limitée au train postérieur), il n'y a pas trace d'un seul mouvement des membres ou du tronc. C'est une inhibition des puissances motrices de la moelle épinière qui a été produite, au lieu d'une dynamogénie de cet organe avec mise en jeu de ses puissances motrices augmentées. L'examen des viscères du thorax et de l'abdomen montre que la mort a eu lieu avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang. Les veines contiennent du sang presque aussi rouge que celui des artères pendant la vie; le foie, les reins ont la couleur rosée qu'on treuve chez les animaux vivants à l'état normal.

La rigidité cadavérique, ainsi que cela a toujours lieu dans cette espèce de mort, est survenne tardivement et ne s'est presque complétée que six heures après la mort, période pendant laquelle la température (à Nice, où j'ai fait cette expérience) s'est abaissée de 10 à 7 degrés. De plus, comme à l'ordinaire aussi dans de tels cas, elle n'est pas devenue absolument complète dans certaines parties. La durée, considérable pour un petit animal, a été d'un peu plus de quatre jours, du 17, à deux heures et demie de l'après-midi, au 21 décembre, dans la soirée. Les viscères abdominaux et thoraciques, à part les reins, ont été retirés après la cessation complète de la raideur. Le foie et les reins étaient encore d'un rouge presque aussi tendre que pendant la vie. La chair des parois abdominales était absolument fraîche et sans odeur de putréfaction.

Le lendemain 22 et les jours suivants jusqu'à hier soir (le 26, c'est-à-dire neuf jours après la mort et cinq jours après la cessation de la rigidité), il n'y avait pas trace de putréfaction, et la chair des parois abdominales avait la couleur et l'odeur de la chair fraîche avant l'apparition de la raideur *post mortem*. Hier soir et ce matin (27 décembre, dix heures et demie), il y a un changement de couleur, les muscles deviennent brunâtres, mais il n'y a pas encore d'odeur de putréfaction d'après plusieurs personnes dont l'odorat est très fin. Les reins aussi n'ont pas changé, excepté quant à leur couleur qui est bien moins rosée depuis hier soir, et ils ne paraissent pas s'être ramollis. La température a varié de 5 à 12 degrés jusqu'au 24 décembre et depuis lors, jusqu'à ce matin (27 décembre) de 8 à 15 degrés 1/4.

L'autopsie a montré, dans le cas si intéressant dont j'ai donné l'histoire, que l'encéphale avait été absolument écrasé en avant du pont de Varole. Presque tout le cervelet avait aussi été écrasé. Un fragment d'os brisé avait incisé le plancher du quatrième ventricule, obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière, derrière les pédoncules cérébelleux moyens et tout près de leur lieu de réunion avec le pont. L'incision s'étendait à plus que le tiers postérieur du pont. Elle était à environ 2 millimètres du bec de calamus sur la ligne médiane. Le bulbe était intact.

Voilà donc un fait (entre plusieurs, moins remarquables) montrant que le système nerveux peut modifier les différents tissus (muscles, peau, glandes) d'une telle manière que la putréfaction peut n'y commencer que très longtemps après la mort et nombre de jours après la cessation complète de toute rigidité cadavérique. Je ne veux pas pour le moment tirer d'autres conclusions de ce fait.

*P. S.* — 28 décembre. Il y a aujourd'hui onze jours que la tête a été écrasée chez le cobaye dont j'ai parlé. Il n'y a pas d'autre signe de commencement de putréfaction que le brunissement de la chair de la paroi abdominale et un peu de ramollissement des reins qui ont à peine changé de couleur. Les poils ne peuvent pas aisément être arrachés, la peau n'a aucune teinte verdâtre; il n'y a pas d'odeur de putréfaction Depuis hier midi jusqu'à présent (3 heures soir), l'air ambiant, là où se trouve le corps du cobaye, n'a varié en température que de 10 degrés 1/2 à 7 degrés 1/2.

## REVUE DES JOURNAUX

### ACTION NOCIVE DU CHLOROFORME.

*(Suite et fin.)* (1).

IX. — Sur la pneumonie survenant après une laparotomie comme conséquence de la décomposition du chloroforme au contact de la flamme du gaz, par le profes. Zweifel. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 15, p. 317.

— IX. Enfin, le professeur Zweifel, de Leipzig, a publié deux séries de faits qui mettent bien en relief l'action nocive de la chloroformisation dans un local éclairé au gaz.

Au mois de décembre 1888, on installait un bec Argand dans la salle d'opération de l'hôpital de Leipzig, de telle sorte que, par les temps brumeux, on pût, le jour comme la nuit, opérer avec le concours de cet éclairage artificiel, et de plus, dans les cas d'opérations portant sur le petit bassin, projeter la lumière dans tous les replis du champ opératoire, à l'aide d'un réflecteur. Le 17 décembre, on pratiqua, dans ces conditions, une opération césarienne, chez une femme anesthésiée au moyen du chloroforme. L'opération dura en tout 38 minutes, elle se passa sans incident digne d'être noté; ni pendant, ni après l'opération la femme n'éprouva le besoin de tousser.

Les choses se passèrent d'une façon aussi satisfaisante, le lendemain 18 décembre, lors d'une seconde opération césarienne qui dura 36 minutes.

Le 8 janvier, Zeissl pratiqua une salpingo-oophorectomie très laborieuse, qui dura plus d'une heure. Au sortir du sommeil anesthésique, la femme fut prise de violentes quintes de toux. Ce fut le point de départ d'une pneumonie catarrhale dont la femme ne se rétablit que très lentement.

Le 15 janvier, trois laparotomies sont pratiquées successivement, toujours avec le concours de l'éclairage électrique et de la chloroformisation :

La première opération se réduisit à une incision exploratrice, qui mit le chirurgien en présence d'un cancer du péritoine; durée très courte; la femme ne fut pas prise de toux. La seconde laparotomie fut suivie d'une ovariotomie très facile. La femme ne séjourna que dix minutes dans la salle d'opération, elle n'eut pas non plus de toux. La troisième opération consista également dans une ovariotomie très facile, et n'embrassa qu'une durée de dix minutes. Mais la désinfection de la plaie fut faite dans le local où, depuis une demi-heure, les vapeurs du chloroforme se décomposaient au contact d'une flamme de gaz. Cette troisième opérée contracta une pneumonie grave, à laquelle elle succomba. L'autopsie révéla l'existence de nodosités tuberculeuses dans les poumons.

Le 21 janvier, une salpingo-oophorectomie est pratiquée dans le même local, à la lumière du gaz; la chloroformisation n'entraîne aucune suite fâcheuse pour l'opérée.

Le 26 janvier, Zeissl pratique une opération césarienne, qui nécessite une chloroformisation assez prolongée; trois becs de gaz brûlaient dans la salle. La femme fut atteinte d'une pneumonie grave, dont elle se releva.

(1) Voir les deux numéros précédents.

Le 8 février, deux salpingo-oophorectomies sont pratiquées successivement dans le même local, à la lumière du gaz. Chez la première opérée on percevait des râles de bronchite après l'opération, alors qu'antérieurement l'état des organes respiratoires était parfaitement normal. La seconde opérée contracta une pneumonie catarrhale des plus graves, compliquée d'emphysème cutané de la région cervicale ; la malade s'est rétablie.

Voilà pour la première série de faits ; elle se chiffre par neuf opérations pratiquées avec le concours de l'éclairage au gaz et de l'anesthésie chloroformique, et dont sept ont été suivis d'accidents plus ou moins graves, du côté des poumons, imputables aux produits de décomposition du chloroforme.

Puis, dans ce même local, Zeissl a pratiqué, en l'espace de quinze jours, huit grandes opérations, toujours à la lumière du gaz, mais en employant l'éther comme agent d'anesthésie. Aucune de ces opérées n'a eu la moindre quinte de toux, après l'opération, n'a présenté le moindre signe d'irritation des voies respiratoires.

Soit dit en passant, Zeissl signale, dans les premières lignes de son travail, les dangers que peut faire courir un simple catarrhe bronchique aux femmes qu'on ovariotomise : après l'opération, des quintes de toux occasionnent à la femme des tiraillements très douloureux à la plaie abdominale ; la femme se retient pour tousser, la sécrétion bronchique stagne dans les voies respiratoires, une broncho-pneumonie se déclare, qui met la vie de la femme en danger.

— Il semble donc démontré que le fait de pratiquer l'anesthésie chloroformique dans un local éclairé au gaz ou au pétrole, expose l'opérateur et ses assistants à des incommodités plus ou moins pénibles, et le patient à des dangers qui peuvent être mortels. Pour éviter ces inconvénients et ces dangers, quand la nécessité s'impose d'opérer autrement qu'à la lumière du jour, il suffit d'employer l'éther comme agent d'anesthésie, en ne perdant pas de vue les précautions qu'impose la grande inflammabilité des vapeurs d'éther, ou de substituer la lumière électrique à l'éclairage au gaz, si tant est qu'on ne veuille pas renoncer à l'emploi du chloroforme. E. RICKLIN.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. UN NOUVEAU MÉDICAMENT FÉBRIFUGE (orthine), par le prof. R. KOBERT. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 2, p. 21.
II. ESSAIS ANTIPYRÉTIQUES, par le prof. UNVERICHT. Ibid. p. 22.

I. — Partant de cette idée que dans l'organisme du fiévreux, il y a exagération des processus d'oxydation, on a expérimenté dans ces dernières années la valeur antipyrétique de quelques substances qui se rattachent au groupe des amides et qui sont doués d'un pouvoir réducteur considérable. Cela faisant, on espérait ramener l'activité des combustions organiques à son taux normal, et du même coup enrayer la fièvre.

Jusqu'ici, les tentatives faites dans cette voie ont échoué, et pour une raison bien simple. C'est que les substances réductrices de la catégorie en question, expérimentées jusqu'à ce jour, sont douées d'une extrême toxicité ; ce sont des poisons du protoplasme vivant, et leur action délétère s'exerce en première ligne sur les globules rouges en circulation dans les vaisseaux. La preuve de cela est faite pour l'hydrazine ($Az^2 H^2 O$) (1), pour la phenylhydrazine ($C^6 H^5 Az H^3$) (2), pour l'acétylphénylhydrazine ou pyrodine, et pour l'acide lévulmique phénylhydrazine ou antithermine, expérimentée en France par Nicot. Sans doute ce sont là des substances douées d'une action réductrice très énergique. Mais quand on les administre à l'homme, les effets antipyrétiques qu'elles produisent ne s'obtiennent qu'au prix d'un empoisonnement très grave du sang.

Poursuivant les recherches faites dans la voie que nous venons d'indiquer, le professeur Kobert a expérimenté un dérivé de la phénylhydrazine, qui résulte de la combinaison de l'hydrazine avec l'acide paraoxybenzoïque, ce dernier étant connu pour n'avoir qu'une toxicité relativement faible. Il s'agit, en somme, de l'*acide arthohydrazin-paraoxybenzoïque*, que pour la commodité du langage, Kobert propose d'appeler *orthine*. L'organisation atomique de ce corps est représentée par la formule :

```
          OH
        /  C  \
   H C          C Az²H³
     |          |
   H C          C H
        \  C  /
       CO    OH
```

Cette orthine, à l'état libre, représente un corps très instable, qui se transforme avec une extrême facilité en une substance indifférente, humiforme. Au contraire, le chlorhydrate d'orthine présente une grande stabilité, surtout quand il renferme un excès d'acide chlorhydrique ; toutefois il faut avoir soin de conserver ses solutions à l'abri de la lumière.

Les expériences faites par Kobert, sur des animaux à sang froid (crapauds, grenouilles) et à sang chaud (chiens) ont montré que chlorhydrate d'orthine est bien supporté à doses relativement considérables (1 gramme par jour, chez un chien du poids de 12 kilog.). Il n'est survenu ni anémie, ni anorexie, ni trouble appréciable de l'état général. Toutefois l'urine de l'animal acquérait un pouvoir réducteur tellement considérable, qu'elle réduisait à froid la liqueur de Fehling et la solution ammoniacale de nitrate d'argent. De plus, les expériences faites sur un chevreau non encore sevré ont démontré qu'à la suite de l'ingestion de 1 gr. de chlorhydrate d'orthine une quantité assez considérable de glucose apparaissait dans les urines. Il semble, en un mot, que l'orthine enraie les processus d'oxydation qui ont pour effet de dédoubler en acide carbonique et en eau le sucre qui existe normalement dans le sang. De plus, d'autres expériences ont appris à Kobert que les vaisseaux se dilatent, lorsque le sang qui les traverse renferme du chlorhydrate d'orthine dans la proportion de 1 pour 100.000. Quant au reste, ce sang ne présente aucune altération appréciable, ni à l'examen à l'œil nu, ni à l'examen spectroscopique, même quand la proportion de chlorhydrate d'orthine est portée à 1 pour 10.000.

II. — Est-ce à dire que Kobert nous ait révélé dans l'orthine le médicament antipyrétique idéal suivant les conceptions de la théorie ? L'expérimentation clinique répond que non. A la demande de Kokert, le professeur Unverricht a eu recours à l'administration du chlorhydrate d'orthine, à la dose de 0,3 à 0,5 dans des cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de tuberculose, de pleurésie, de scorbut. Il s'est fait voir que l'action antipyrétique de cette substance, très énergique en général, est incertaine, et que les faibles avantages qu'on en retire ne compensent pas les graves inconvénients (sueurs profuses, collapsus, symptômes d'intoxication) qu'entraîne cette dangereuse médication.

(1) Loew *Journal fur praktische Chemie*, 1889, t. XXXIX. p. 27.
(2) Hoppe-Seyler. *Zeitschrift fur physiol. Chemie*, 1884, t. XI, p. 34.
(3) Voir *Gazette médicale*, 1889, n° 32, p. 379.

Dans le traitement du psoriasis, le chlorhydrate d'orthine n'a pas non plus donné des résultats bien remarquables, et l'on sait que l'emploi des médicaments réducteurs est théoriquement indiqué dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses, dont le type est le psoriasis.

Nous aurons l'occasion de revenir sur le travail de Unverricht.

E. RICKLIN.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### MALADIES DES VOIES URINAIRES

DE QUELQUES TROUBLES URINAIRES DE L'ENFANCE, par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux. (Paris, 1889.)

Dans ce remarquable travail, M. Guinon étudie un certain nombre d'affections mal connues, au moins dans leur pathogénie, telles que le spasme de la vessie, l'incontinence nocturne, la polyurie infantile. S'appuyant sur de nombreuses observations, il établit que ces affections se rencontrent dans la grande majorité des cas, chez des individus entachés de névropathie et qu'on retrouve des signes d'une maladie nerveuse chez la plupart des enfants qu'il a observés ou chez leurs parents, le plus souvent même chez les uns et les autres.

Le poids de l'hérédité nerveuse, dit l'auteur, pèse sur tous les âges, depuis le jour de la naissance, depuis même le jour de la conception; le membre de la famille névropathique a à choisir aux différents âges entre les manifestations nerveuses les plus variées. On peut dire que toute névropathie de l'adulte a son principe, son diminutif, son équivalent morbide, dans l'enfance.

Après une étude consciencieuse de la physiologie de la sécrétion urinaire normale, M. Guinon retrace, d'après Bokai, le tableau des spasmes de la vessie, affection rare, plus mal connue encore que chez l'adulte et dont l'existence même n'est pas rigoureusement démontrée. Il serait nécessaire de posséder beaucoup d'observations bien prises et surtout d'enfants suivis pendant de longues années. On sait, en effet, que certaines affections et en particulier la tuberculose, débutent par des prodromes qui restent longtemps insidieux et que nombre de vessies irritables ne sont autre chose qu'un début de tuberculose urinaire. Cela est vrai également chez l'enfant.

Bien plus fréquente est l'incontinence nocturne d'urine. Ce terme, consacré par l'usage, n'est pas correct; les enfants ne laissent pas échapper leur urine malgré eux, goutte à goutte, comme on voit la chose se produire par exemple, dans l'incontinence par regorgement; il y a une miction réelle, quoique non perçue cérébralement; aussi M. Guinon propose-t-il avec raison la désignation de *miction involontaire nocturne*. Il combat les théories émises jusqu'à présent pour expliquer la pathogénie de cette affection. La paresse ne donne pas l'explication du *besoin* plus fréquent d'uriner; tout au plus viendrait-elle aggraver une situation déjà existante. Le sommeil profond aide à la miction involontaire, mais ne donne pas la sensation anormale. Quant au rêve, l'observation montre qu'il est très rare. S'agit-il d'une irritabilité vésicale, comme le vent-Trousseau? Mais pourquoi cette irritabilité ne se montrerait-elle pas pendant la journée? De plus d'autres jeunes enfants, qui ont de la pollakiurie, présentent une grande excitabilité vésicale et cependant n'urinent pas au lit. Quant à l'atonie du sphincter urétral, M. Guinon dit ne l'avoir jamais sentie; l'olive de son explorateur était resserrée au niveau de la portion terminale de l'urèthre.

M. Guinon nous semble avoir été en face d'une série de cas exceptionnels; quant à nous, nous avons toujours observé, dans ces cas, que l'instrument cheminait avec une remarquable facilité au travers de l'appareil sphinctérien.

Le besoin d'uriner résulte de la sensibilité de la vessie à le déterminer; à l'état normal, ce besoin se fait sentir la nuit, mais, par un acte réflexe, inconscient, les sphincters se contractent et empêchent l'émission. « Chez l'enfant incontinent, ce réflexe d'origine supérieure, fait défaut, le cerveau ne régit plus la moelle, le réflexe médullaire seul, celui de la miction, se produit et l'évacuation a lieu; elle se renouvellera aussitôt que la tension vésicale aura acquis un degré capable de susciter le même réflexe. Tel enfant évacuera sa vessie à la moindre pression; chez d'autres la moelle ne réagira que pour une tension plus forte. »

M. Guinon passe en revue les différents traitements dont il a expérimenté les principaux; aucun ne possède sur les autres une supériorité réelle; suivant les cas, ils peuvent tous donner de bons résultats, même l'hypnotisme auquel M. Liébault et M. Gibottean doivent quelques succès.

Si la pathogénie de l'incontinence nocturne est obscure, on reste dans un doute bien plus grand encore devant une autre affection plus rare qui est la polyurie de l'enfance. Là encore M. Guinon a retrouvé chez tous ses malades une tare névropathique s'étendant souvent à de nombreux ascendants ou collatéraux. L'étude faite d'après de nombreuses observations, inédite ou peu connue, présente un vif intérêt, aussi bien dans ses grandes lignes que dans ses détails; aussi nous est-il impossible d'analyser cette partie du travail de M. Guinon dont nous ne saurions trop recommander la lecture.

DE LA TUBERCULOSE TESTICULAIRE DIFFUSE, par J. CHEREAU. (Th. Paris 1889.)

Il ne s'agit pas ici des cas classiques de tuberculose génitale, se localisant pendant longtemps dans l'épididyme. L'affection que décrit M. Chereau doit être considérée comme rare et les 6 observations qu'il a recueillies sont de vraies raretés pathologiques; on pourrait même mettre en doute la réalité de la nature tuberculeuse, comme l'a fait M. Monod, qui s'est demandé, à propos d'un de ces faits, si on n'était pas en présence d'un lymphadénome; mais l'examen histologique et bactériologique ne permet pas de douter de l'existence de cette forme de tuberculose.

Cette maladie affecte une forme aiguë et du jour au lendemain le testicule est pris primitivement; les bourses sont gonflées, distendues par la tumeur qui vient d'apparaître. En 4 à 8 jours elle atteint son complet développement; puis elle reste stationnaire, prend des allures moins effrayantes, mais une collection purulente se développe ordinairement, se fait jour et laisse à sa place une fistule; ailleurs, il y a résolution; dans d'autres cas, la castration a été faite hâtivement, et cela avec raison, car la généralisation est rapide dans ces cas.

Le diagnostic est souvent malaisé, car le testicule et l'épididyme sont rapidement confondus en une seule et même masse qui font penser à une autre tumeur du testicule. Dans plus de la moitié des cas la lésion siégeait à gauche.

L'absence de participation de la prostate et des vésicules à l'affection testiculaire, mais la rapidité de l'extension dès que le testicule lui-même est entièrement envahi, commandent une intervention rapide et aussi radicale que possible: la castration seule donne des chances de guérison.

**De la portion pelvienne des uretères chez la femme** (Considérations anatomiques), par J.-A. Pantaloni. (Th. Paris.)

La thèse de M. Pantaloni est divisée en 3 parties qui se rapportent à l'étude de l'uretère à l'état physiologique, pendant l'abaissement forcé de l'utérus, pendant la grossesse. Les recherches de l'auteur confirment presque toutes les résultats de travaux précédemment publiés. En ce qui concerne la palpation et l'exploration de l'uretère, il conclut, comme Hallé et Percy que le point où ce conduit est le plus accessible est situé sur l'intersection de deux lignes dont l'une réunit les deux épines iliaques antérieure et supérieure, et l'autre, verticale, passe par l'épine pubienne. Par le vagin, on retrouve l'uretère dans le cul-de-sac latéral puis antérieur, comme l'a démontré Sœnger.

Lorsque l'utérus est abaissé, les rapports de l'uretère avec l'artère utérine sont des plus intéressants. M. Pantaloni a retrouvé dans ses dissections les indications données par Ricard et par Jaboulery. Dans la première portion de leur trajet les deux organes sont en rapport, mais loin du couteau de l'opérateur. Au contraire dans la 2e portion de l'artère utérine, l'uretère se trouve au milieu des rameaux artériels et par conséquent exposé aux instruments et au danger d'être compris dans une ligature en masse. De l'étude des rapports avec les autres organes, l'auteur est conduit aux conclusions pratiques suivantes :

Dans le cas de collections péri-utérines, si on se décide à intervenir par la voie vaginale, les lignes d'incisions devraient être les suivantes: Tumeur anté-utérine : incision transversale sur la ligne médiane de 4 centimètres environ; — tumeur postérieure: incision verticale d'avant en arrière et de longueur variable ; — tumeur latérale : incision oblique et en dehors ; se tenir le plus possible à la partie postérieure du cul-de-sac.

La troisième partie comprend une étude, toute de détail, sur les rapports de l'uretère et de l'utérus pendant la grossesse; nous ne pouvons que la signaler ici. Nous retrouverons, bien mis en lumière, ce fait anatomique déjà signalé, que la palpation vaginale de l'uretère est rendue très facile chez la femme enceinte à cause de l'hypertrophie physiologique de ce conduit et parce que la tête fœtale constitue un plan résistant sur lequel la compression s'exerce facilement.

**Contribution a l'étude de l'hypertrophie du cœur et de l'artério-sclérose dans les maladies de l'appareil urinaire** par A. Thouvenet (Th. Paris).

Dans ce travail, l'auteur tend à démontrer que l'artério-sclérose ne se rencontre pas exclusivement dans les cas où existent des lésions bien nettes de néphrite interstitielle; on la voit aussi dans d'autres affections de l'appareil urinaire. Or ces affections sont celles dans lesquelles il y a un obstacle, sur un point quelconque, au libre cours des urines, dans l'hydronéphrose, dans la tuberculose primitive et la dégénérescence kystique, dans la pyélo-néphrite, etc. Pas plus qu'on ne doit séparer le cœur et les vaisseaux dans l'acte physiologique de la circulation, dit M. Thouvenet, pas plus on ne peut supposer qu'un trouble général de la circulation du sang puisse léser le cœur sans frapper les vaisseaux. Aussi l'hypertrophie du cœur et l'altération des vaisseaux artériels, tant dans la néphrite chronique que dans les autres affections de l'appareil urinaire avec modification du cœur, seraient le fait d'un trouble dans la sécrétion rénale déterminant l'augmentation de la tension sanguine.

Des observations assez nombreuses se rapportent à des lésions urinaires d'ordre chirurgical, hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urèthre, obstruction de l'uretère par un calcul. Or dans beaucoup de ces cas où existe une cause de rétention, les lésions artérielles se rencontrent à l'autopsie; plus souvent encore on constate une hypertrophie du cœur en tout semblable à celle qu'on observe dans la néphrite interstitielle chronique. La seule différence réside dans le degré du processus pathologique. Dans la néphrite chronique, les lésions du cœur et des vaisseaux ont accompli toute leur évolution, tandis que dans les autres affections, la mort est survenue à une période moins avancée de cette évolution. L'auteur en conclut que dans ces deux ordres de faits les lésions des vaisseaux et l'hypertrophie du cœur sont secondaires, et que la néphrite interstitielle serait une affection primitive qui entraverait la circulation et produirait secondairement des lésions de l'appareil urinaire.

Ce résultat commun des affections dont nous venons de parler est donc de rendre impropre à la sécrétion un certain nombre d'éléments anatomiques des reins; elles agissent de différentes manières. Les inflammations primitives aiguës ou chroniques débutent presque toujours par les cellules épithéliales qu'elles altèrent. Les autres affections détruisent plus ou moins son parenchyme soit par envahissement et substitution, soit par néphrite secondaire, soit par arrêt complet ou difficulté dans l'excrétion des urines. La surface secrétante du rein étant diminuée la quantité de liquide éliminé diminue elle-même et il en résulte une augmentation de la tension artérielle, et une hypertrophie du ventricule gauche du cœur et de la couche musculaire des petites artères.

**Contribution a l'étude des complications du phimosis,** par Gaulliard (Th. Paris).

Dans cette thèse se trouve l'exposé de la pratique de M. Humbert à l'hôpital du Midi. Rien à dire du phimosis congénital ni des complications inflammatoires, de la balano-posthite qui en est une fréquente conséquence. Dans le phimosis aigu ou symptomatique, l'auteur recommande d'épuiser tout d'abord les moyens d'ordre médical : les lavages, les topiques antiseptiques ou caustiques. On surveillera attentivement les complications et en particulier le sphacèle; celui-ci, a, au début, son siège constant un peu en arrière de la couronne, sur la ligne médiane. Il se traduit par un écoulement fétide entraînant des débris de sphacèle; avec une grande rapidité la nécrose des tissus s'étend et parfois l'artère dorsale de la verge, ouverte, donne lieu à une hémorrhagie grave. Aussi faut-il se hâter d'intervenir, dans ces cas, au moyen d'une incision médiane de tout le prépuce, se prolongeant au-delà de la couronne. Deux artérioles donnent toujours ; le moyen hémostatique le meilleur constitue à placer deux serres-fines dont on fixe les mors, non pas sur la surface cruentée, difficilement accessible, mais, l'un sur la peau, l'autre sur la muqueuse au niveau du foyer hémorrhagique.

Ce traitement est préférable à la circoncision d'emblée qui, dans l'état d'inflammation des tissus, offre peu de chances de guérison. Il entraîne toutefois une difformité ; les deux moitiés du prépuce rabattues et attirées en bas, forment une sorte de jabot qui gêne le coït. Une opération complémentaire est donc nécessaire, mais seulement au bout de quelques mois. Les deux moitiés du jabot étant saisies par deux clamps, on les sectionne en avant de ceux-ci; des crins de Florence ont pu être disposés en arrière, avant la section et permettent de pratiquer rapidement la suture.

E. Desnos.

## BULLETIN

RÉSECTION TOTALE DES OS DE LA FACE. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — ACTION MICROBICIDE DU BLANC D'ŒUF. — INSTITUTION D'UNE COMMISSION CHARGÉE DE CENTRALISER LES ÉTUDES SUR L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE GRIPPE. — INSTITUTION D'UNE COMMISSION CHARGÉE DE RÉDIGER UN PROJET DE LÉGISLATION SUR L'IVRESSE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CRIMINALITÉ.

Au début de la dernière séance de l'Académie, M. Péan a présenté une femme à laquelle il a enlevé tous les os de la face pour des odontomes dont les progrès menaçaient l'existence de la malade. Nous n'avons pas à revenir sur cette observation, qu'on a pu lire *in extenso* dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES et qui, croyons-nous, n'a pas de précédent. Nous dirons simplement que, après avoir vu la malade, beaucoup moins défigurée qu'on ne pourrait le supposer après un pareil traumatisme, on ne peut qu'admirer la puissance de la chirurgie qui, aidée de l'art prothétique, peut arriver à un résultat aussi satisfaisant.

— La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose a offert un intérêt et une animation que les dernières séances ne pouvaient faire prévoir.

C'est d'abord M. Lancereaux qui a occupé la tribune. Dans un précédent *Bulletin*, nous avons dit que, dans la transmission et la propagation de la tuberculose, il faut envisager le *séminifère*, la *semence* et le *terrain*, et nous avons fait observer que, jusqu'à ce moment, les membres de l'Académie qui avaient pris part au débat avaient, à l'exemple de la Commission, un peu trop négligé le dernier terme. M. Lancereaux a réparé cet oubli. Il est parfaitement d'accord avec ses collègues pour chercher à détruire la semence. Mais comme, quelques mesures que l'on prenne, on ne parviendra jamais à faire disparaître tous les bacilles tuberculeux, on doit apporter les mêmes soins, les mêmes efforts, à modifier, à atténuer la réceptivité des individus pour ces mêmes bacilles. Or quelles sont les conditions qui favorisent le plus cette réceptivité, ou si l'on aime mieux, qui font naître, entretiennent ou accroissent la prédisposition à la tuberculose? Ce sont, dit M. Lancereaux, l'insuffisance de l'air et l'abus des boissons alcooliques. En donnant aux populations de l'eau de source pure, on tend à diminuer dans de fortes proportions la fièvre typhoïde; en leur donnant un air sain, on contribuera de même à diminuer les dangers de transmission de la tuberculose. Aux mesures proposées par la Commission, il faut donc en joindre d'autres qui appellent la réforme de la législation sur la construction des maisons, la largeur des rues, l'aménagement des ateliers, des casernes, des prisons, des lycées, des écoles, en un mot de tous les établissements dans lesquels on est loin de rencontrer actuellement le cubage d'air nécessaire à la santé. Il faut concurremment instituer des mesures énergiques pour combattre l'alcoolisme.

Les idées développées par M. Lancereaux sont trop conformes à celles que nous avons exposées ici nous-même, pour que nous n'y applaudissions pas. Nous croyons, avec notre savant collègue, que les mesures d'hygiène générale qu'il propose sont le complément indispensable de celles qui n'ont en vue que la destruction du bacille.

Si l'Académie entrait dans cette voie, et modifiait dans ce sens les instructions prophylactiques rédigées par la Commission, celles-ci échapperaient en partie au reproche que leur adresse M. Jaccoud. Dans une brillante argumentation, notre honorable confrère, après avoir fait l'historique des différents travaux, y compris les siens, qui, dans ces dix dernières années, ont établi d'une manière indiscutable la transmissibilité de la tuberculose et indiqué les mesures de prophylaxie qui en découlent, notre confrère, disons-nous, déclare que l'Académie, en votant la question de principe proposée par la Commission, enfoncerait une porte ouverte et retarderait de dix ans. Il ne saurait, en ce qui le concerne, s'associer à un vote qu'il considère comme compromettant pour l'autorité et la dignité de la savante compagnie. La déclaration étiologique, forcément incomplète, serait dangereuse aussi en frappant l'opinion publique, en laissant croire à la contagion absolue, fatale de la tuberculose, et en faisant ainsi du tuberculeux un véritable pestiféré. Quant aux instructions prophylactiques, ou se trompe d'adresse si on les destine au grand public, qui ne saurait les mettre en pratique sans l'avis des médecins; c'est à ceux-ci qu'elles revienuent, et l'élaboration en ressortit moins à l'Académie de médecine qu'aux divers conseils d'hygiène et de salubrité.

Pour ces différentes raisons, M. Jaccoud demande que l'Académie, avant d'en venir au vote des conclusions de la Commission, soit appelée à se prononcer sur la question de savoir si elle est d'avis de publier une instruction sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose.

Les conclusions de M. Jaccoud, adoptées et appuyées par M. Le Roy de Méricourt et M. Hardy, qui renoncent à leur tour de parole, sont combattues par M. Trélat. Celui-ci fait valoir, entre autres arguments, le peu de retentissement des instructions élaborées par les conseils d'hygiène; l'impossibilité, pour le budget de l'Académie, de donner à la discussion actuelle et aux conclusions qui seront votées, une publicité autre que celle du Bulletin; la nécessité, pour faire adopter les mesures prophylactiques par les grandes administrations, de pouvoir s'appuyer sur le vote de l'Académie, le seul tribunal officiel de la science médicale en France.

M. Verneuil, prenant très vivement à cœur les objections qui viennent d'être faites au travail de la Commission, les considère comme des attaques directes et exprime le regret que ce travail ait été apporté devant l'Académie. La discussion tend à perdre son caractère exclusivement scientifique et, sur la proposition de M. Larrey, la suite en est renvoyée à la prochaine séance.

Il est d'abord un point sur lequel il s'agit de bien s'entendre: nous voulons parler de la publicité que recevront les conclusions votées par l'Académie. Cette publicité, dit M. Trélat, sera forcément restreinte au bulletin de l'Académie : ce n'est pas absolument exact. Certes, il n'est venu à l'idée de personne que les instructions de l'Académie seraient affichées sur tons les murs à Paris et dans les départements. Mais, de l'avis de tous, de M. Verneuil le premier, le vœu de la Commission est que ces mêmes instructions reçoivent la plus grande publicité possible, et, de fait, on n'ignore pas que les discussions de l'Académie, en particulier celles qui intéressent l'hygiène, sont portées, par les journaux extra-médicaux, à la connaissance du grand public. Si l'on ne veut pas jouer sur les mots, une publicité considérable sera donc donnée au vote de l'Académie.

Nous disions plus haut qu'en modifiant dans le sens indiqué par M. Lancereaux, les instructions rédigées par la Commission, en faisant de ces instructions, non seulement au point de vue spécial du bacille, mais au point de vue général, une sorte de code prophylactique complet de la tuberculose, on échapperait au reproche formulé par M. Jaccoud. En effet,

la déclaration étiologique qu'il condamne comme rétrospective ne serait plus la reconnaissance et la proclamation tardives, par l'Académie, d'un fait depuis plusieurs années acquis à la science : elle constituerait de simples prémisses servant de point de départ aux instructions, et trouverait sa raison d'être dans l'importance de celles-ci.

Maintenant, est-il opportun de publier ces instructions? L'Académie aura, dans la prochaine séance, à résoudre cette question. Il paraît difficile, après le long débat qui vient d'avoir lieu et le retentissement qu'il a eu, de voter l'ordre du jour proposé par M. Jaccond, et fortement appuyé par M. Hardy.

— S'il fallait une démonstration expérimentale de l'importance du terrain, dont nous parlions plus haut, dans la transmission de la tuberculose, comme dans celle de toute maladie microbienne, on la trouverait dans les recherches communiquées par M. R. Wurtz à la Société de biologie sur l'*action microbicide du blanc d'œuf*. En faisant séjourner pendant quelques heures seulement certains microbes dans du blanc d'œuf, on les empêche de se développer ultérieurement dans un milieu nutritif où ils forment d'habitude des colonies. M. Wurtz a expérimenté sur le bacillus anthracis, la spirille du choléra, le bacille d'Eberth, le bacille pyocyanique, le microbe du choléra des poules, le staphylococcus pyogenes aurens, et le bacillus subtilis : les résultats, à des degrés près, ont été les mêmes. Des phénomènes plus ou moins analogues ont été observés avec le sérum, le lait ; certaines substances albuminoïdes paraissent agir sur les microbes pour les détruire ou, tout au moins, empêcher leur développement ultérieur. Il est facile de comprendre par là, combien peut et doit varier la réceptivité de l'organisme vivant pour les microbes pathogènes, et combien il importe de se préoccuper de cette réceptivité dans la prophylaxie de toute maladie microbienne.

— La décroissance de l'épidémie de grippe ne doit pas faire oublier les nombreuses questions d'origine, de nature, de pathogénie, de séméiologie, de diagnostic, de prognostic, etc., qu'elle a soulevées et qui sont loin d'être toutes résolues. Le champ d'étude qu'elle a présenté est immense, et des documents sans nombre ont été déjà, ou seront produits. Il importe de recueillir, de rapprocher, de comparer ces documents pour en tirer des notions générales propres à fixer l'état actuel de la science sur cette pandémie. On ne peut donc qu'approuver la proposition faite par M. Brouardel, à l'Académie de médecine, de nommer une Commission chargée de centraliser tous ces documents.

— La Société de médecine légale a pris l'initiative de l'institution d'une autre Commission dont le mandat présente aussi un grand intérêt. Il s'agit d'étudier et de rédiger un projet de législation sur l'ivresse dans ses rapports avec la criminalité. L'abus de l'alcool, que nous avons vu plus haut préparer le terrain à la tuberculose, ne produit pas une déchéance morale inférieure à la déchéance physique. Il importe de déterminer nettement la part de responsabilité criminelle qui revient à cette déchéance morale : on ne saurait à cet égard être trop sévère.

Dr F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

— Responsabilité médicale. — Le corps médical belge s'est vivement ému d'un procès en responsabilité médicale qui a été jugé récemment par la 2e chambre du tribunal correctionnel de Liège.

M. le Dr Deschamps, chirurgien de l'hôpital des Anglais, est très honorablement connu comme orthopédiste. Une femme lui amène à l'hôpital son enfant, âgé de trois ans et demi, présentant une incurvation rachitique des deux jambes, plus prononcée d'un côté que de l'autre. Le chirurgien déclare qu'on peut opérer et redresser les jambes de cet enfant; la mère, avant de donner son assentiment à l'opération, veut prendre l'avis de la grand'mère, et s'en retourne avec l'enfant. Elle le ramène le 14 juillet et le laisse à l'hôpital. Elle vient le voir le 4 août, et exprime son mécontentement de ce que l'opération n'est pas encore faite. Le surlendemain, 6 août, M. Deschamps redresse une jambe; les parents expriment leur satisfaction le 7 et demandent déjà à quelle époque on opérera la seconde jambe. Mais les suites de cette première opération, d'abord heureuses, se compliquent. La gangrène sèche se déclare et on propose l'amputation. Les parents refusent, emportent l'enfant, le promènent d'hôpital en hôpital, et l'amputation n'est pratiquée qu'après un an et demi. C'est alors que le père de l'enfant intervient; il poursuit en dommages-intérêts le Dr Deschamps, parce que, dit-il, il ne lui a pas donné son consentement pour le redressement de la jambe de l'enfant. Le tribunal correctionnel de Liège, faisant droit à cette étrange demande, a condamné le Dr Deschamps à 10.000 francs de dommages-intérêts.

Il va sans dire qu'appel a été fait de ce jugement.

La Société médico-chirurgicale de Liège a décidé, par un vote unanime, qu'elle interviendra moralement et matériellement pour soutenir la défense de M. Deschamps. La Société la *Concorde médicale*, de Namur, s'est déjà jointe à la précédente. La Société médicale de Charleroi paraît disposée à s'engager dans la même voie, et d'autres suivront sans doute cet exemple. Le corps médical belge tout entier semble se soulever, dans un sentiment parfait de solidarité, pour protester contre le jugement du tribunal de Liège. Ainsi que le fait remarquer le *Scalpel*, il ne s'agit pas seulement ici d'une question professionnelle, mais d'une question d'intérêt public : si, en effet, les chirurgiens étaient responsables de leurs insuccès, alors qu'ils se sont conformés aux enseignements les plus stricts de la science et de la pratique, ils préféreraient, dans bien des cas, laisser mourir de leur belle mort les malades, plutôt que de s'exposer à un procès en cherchant à les sauver. Il paraît difficile que la Cour d'appel confirme le jugement.

Dixième congrès international. — Conformément aux résolutions du neuvième Congrès tenu à Washington, le dixième Congrès médical international aura lieu à Berlin du 4 au 9 août 1890.

Une Exposition internationale des sciences médicales sera annexée au Congrès.

La cotisation des membres est fixée à 20 marks payables au moment de l'inscription.

Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le français.

Le Congrès comptera dix-huit sections : 1. Anatomie, gérant Hertwig ; 2. Physiologie et chimie physiologique, gérant Du Bois-Reymond ; 3. Pathologie générale et anatomie pathologique, gérant Virchow ; 4. Pharmacologie, gérant Liebreich :

5. Médecine interne, gérant, Leyden; 6. Pédiatrie, gérant Henoch; 7. Chirurgie, gérant Bergmann; 8. Obstétrique et gynécolohie, gérant Martin; 9 Névrologie et pschiatrie, gérant Læhr; 10. Ophtalmalogie, gérant Schwergger; 11. Otiatrie, gérant Lucae; 12 Laryngologie et rhinologie, gérant Frankel; 13. Dermatologie et gyphiligraphie, géront Lassar; 14. Odontologie, gérant Busch; 15. Hygiène, gérant Pistor; 16. Géographie médicale et climatologie (histoire et statistique), gérant Hirsch; 17. Médecine légale, gérant Liman; 18. Hygiène militaire, gérant Kroker.

Toutes les demandes et communications doivent être adressées au secrétaire général, Dr Lassar, Berlin, nw, 19, Karltrasse.

Le choléra en Perse et le conseil d'hygiène de Théréan. — Le choléra sévit toujours en Perse, à Hamadan et aux environs.

Le conseil d'hygiène de Théhéran a pris à l'unanimité les résolutions suivantes :

« Une commission spéciale, composée de six médecins euro-« péens et de six membres du conseil d'hygiène, sera formée. « Elle aura pour objet de faire une enquête sérieuse sur les « conditions sanitaires de la capitale. Elle étudiera spéciale-« ment les approvisionnements d'eau et leur contamination, « les conditions hygiéniques des maisons et des habitants, le « nettoyage des rues et des places publiques, etc., etc. »

Cette décision a été présentée à l'approbation du roi et du grand visir.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — La grippe a fait de nouvelles victimes dans le corps médical. M. Willemin, ancien médecin-adjoint des eaux de Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine; M. Paquet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille; M. le Dr Berthaut (de Châlons-sur-Saône; M. le Dr Camille Bancel (de Toul).

— L'Université de Vienne vient de faire une grande perte en la personne de M. Rosenthal, professeur extraordinaire des maladies nerveuses, dont les travaux sur les maladies du système nerveux et l'électrothérapie sont universellement connu et estimés.

**

*Concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1890.* — Un concours s'ouvrira, le 1er août 1890, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire.

Les étudiants à 4 et 8 inscriptions valables pour le doctorat sont admis à concourir, en 1890, pour entrer à l'Ecole.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :

Moins de 22 ans, pour les élèves concourant pour entrer en 4e division (4 inscriptions).

Moins de 23 ans, pour les élèves concourant eour entrer en 3e division (8 inscriptions).

Néanmoins, les militaires ayant 4 inscriptions et âgés de plus de 22 ans, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de 25 ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves ;

L'épreuve écrite aura lieu dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Mancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu pendant le mois de septembre : à Paris (le 1er), à Lille (le 5), à Nancy (le 8), à Lyon (le 12), à Montpellier (le 17), à Bordeaux (le 20), à Rennes (le 25).

Le registre d'inscriptions sera onvert du 1er an 15 juillet dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents on tuteurs des candidats.

**

*Corps de santé des colonies.* — Le Journal officiel a publié un rapport et un décret portant constitution et organisation du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

« Ce décret, dit M. Tirard, dans son rapport, a été préparé, d'accord avec le ministre de la marine, de manière à ne pas léser les intérêts des officiers de santé qui assurent aujourd'hui le service des colonies et sans créer un accroissement de charges pour le Trésor. Il permet, en effet, aux médecins qui désireraient servir définitivement aux colonies d'entrer par adoption dans le nouveau corps, et il n'y aura aucune augmentation de personnel dans les cadres respectifs du service colonial et du service marine par le fait de la séparation qu'impose l'organisation actuelle de l'administration des colonies. »

L'étendue des dispositions contenues dans le décret ne nous permet pas de les reproduire; nous nous hornerons à indiquer les points principaux :

La hiérarchie du corps de santé des colonies et pays de protectorat est ainsi constituée : médecin inspecteur de 1re classe, assimilé au directeur du service de santé; médecin inspecteur de 2e classe, grade intermédiaire entre le médecin en chef et le directeur, mais ayant la même pension de retraite que le médecin inspecteur de 1re classe; médecin en chef et pharmacien en chef de 1re classe, assimilés au colonel; de 2e classe, assimilés au lieutenant colonel; médecin et pharmacien principal, au grade de chef de bataillon; médecin et pharmacien de 1re classe, au grade de capitaine; médecin et pharmacien de 2e classe, au grade de lieutenant.

Les officiers du corps de santé des colonies sont placés sous le régime de la loi du 19 mars 1884 sur l'état des officiers.

Il est institué, auprès du ministre chargé des colonies, un Conseil supérieur de santé composé : du médecin inspecteur de 1re classe, président; du médecin inspecteur de 2e classe; du pharmacien en chef de 1re classe, membres titulaires, et d'un médecin de 1re classe ou d'un médecin principal, secrétaire, avec voix consultative. Le médecin inspecteur, président du conseil supérieur de santé, relève directement du ministre; il a autorité, au point de vue professionnel, sur les officiers du corps de santé des colonies.

La direction des établissements hospitaliers coloniaux, en ce qui concerne le service médical et la police de ces établissements, appartient au corps de santé des colonies et des protectorats.

Le commissariat est chargé, sous les ordres directs du chef des services administratifs, de l'administration, de l'entretien et de la comptabilité de l'hôpital.

Dans les cérémonies publiques et dans le service commandé, le corps de santé des colonies prend rang immédiatement après le corps de santé de la marine.

**

*Société d'hydrologie médicale de Paris.* — Le bureau, pour l'année 1890, est ainsi constitué : Président, M. de Ranse; vice-présidents, MM. Sénac-Lagrange et Boncomont; Secrétaire-général, M. Leudet; Secrétaires annuels, MM. Suchard et Laussedat; Trésorier, M. Royer.

**

— L'Académie de médecine de Belgique vient de partager *ex æquo* le prix de 8,000 francs, qu'elle destinait au meilleur mémoire sur l'épilepsie, entre un médecin américain et M. le Dr Chris-

tian, médecin de la maison nationale de Charenton. Nous adressons toutes nos félicitations à notre laborieux et excellent confrère.

*Cours d'accouchements.* — MM. les Drs G. Lepage et S. Potocki, recommenceront le lundi 27 janvier, un cours théorique et pratique d'accouchements.

Ce cours *gratuit* oura lieu tous les jours à 4 heures 1/2 à l'Association générale des étudiants, 41, rue des Ecoles, il sera complet en 36 leçons et comprendra des *exercices sur le mannequin*.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad* sur la nutrition, la digestion et la circulation, faites dans les hôpitaux de Paris, par le Dr Sigismond Bobiezewski, médecin aux eaux de Marienbad, etc. Brochure in-8° de 32 pages, 1 fr. — Librairie O. Doin 8, place de l'Odéon, Paris.

*De la Trépanation* dans les épilepsies jacksoniennes non traumatiques, par le docteur Adhémar Péchadre, ancien interne des hopitaux de Lyon. Grand in 8° de 112 pages, 2 fr. 50. — Librairie Félix Alcan, 108, boul. Saint-Germain, Paris.

*Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant*, leurs résultats éloignés, par le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse), correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. (Extrait du Congrès français de chirurgie, 3e session, 1888, avec addition de notes et de 12 planches contenant 62 figures en phototypie; mémoire couronné par l'Institut de France). Brochure grand in-8°, 5 fr. — Librairie Félix Alcan, 108, boul. Saint-Germain, Paris.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 JANVIER 1890.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphtérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 349. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 50. — Autres, 3. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 99. — Bronchite aiguë, 110. — Bronchite chronique, 154. — Broncho-pneumonie, 128. — Pneumonie, 363 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 15 — Biberon, 31. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 8. — Fièvre et péritonite puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 64. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 395. — Causes inconnues, 19. — Total : 2065.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII — N° 4 — 25 JANVIER 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE DES ENFANTS

De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles, par P. Redard, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Dans une Communication au Congrès International de Washington en 1887, nous avons signalé la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans le traitement des diverses variétés de tumeurs érectiles, en indiquant surtout le côté pratique de la question, la technique de l'opération.

Depuis cette époque, nous avons traité un très grand nombre de cas dans notre service du dispensaire ou dans notre clientèle; les résultats ont toujours été extrêmement satisfaisants. Aussi croyons-nous utile de revenir sur ce point important de chirurgie infantile, en décrivant le procédé qu'on doit employer dans les divers cas, en indiquant les modifications récentes apportées à la méthode.

Parmi les observations que nous avons recueillies, celle que nous publions aujourd'hui nous paraît importante en raison de la nature grave de la tumeur, de ses communications, avec les gros vaisseaux voisins, de sa marche envahissante, de l'excellent résultat thérapeutique obtenu d'une façon assez rapide.

*Tumeur érectile caverneuse congénitale de la région parotidienne et de la face. Traitement par l'électrolyse. Guérison.*

Mlle O. de C... d'Angers, âgée de 4 mois, nous est présentée le 10 décembre 1887, par notre confrère le Dr P. Rey. Les parents nous racontent qu'au *moment de sa naissance*, on s'aperçut que l'enfant présentait une tuméfaction assez marquée derrière l'oreille droite et au niveau de la joue. Cette tumeur gonflait assez notablement au moment des cris et des efforts de l'enfant; la peau était normale, sans changement de coloration. Depuis 4 mois, la maladie a fait de très notables progrès, la tumeur a acquis derrière l'oreille le volume d'un petit œuf et a considérablement gagné du côté de la joue et en avant de l'oreille.

Pendant la grossesse régulière, la mère a fait deux chutes sans importance, mais n'a eu aucune frayeur ou émotion violente.

A notre examen, nous trouvons que la petite fille est extrêmement vigoureuse, bien portante. Elle présente trois petites taches érectiles, une au mollet, l'autre à la plante du pied, et à la fesse du côté gauche. Une sœur plus âgée a une petite tumeur, probablement érectile, mais sans coloration de la peau au niveau de l'épaule droite.

Au niveau de la région parotidienne droite, existe une tumeur du volume d'un petit œuf qui s'avance du côté de la joue correspondante et en avant de l'oreille. La tuméfaction s'observe un peu au-dessous du maxillaire inférieur. La surface de la tumeur est assez régulière, sans bosselures marquées, saillante dans sa partie centrale et diminuant graduellement de volume sur ses bords.

## FEUILLETON

### ETUDES DE MEDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

II

Ce serait alors un *hosannah* avec l'autonomie complète complétement, appliquée avec les appellations de capitaine, commandant, colonel-médecin surtout, nécessaires avec le soldat de 3 ans qui ne fait que traverser la scène; avec aussi la 7e direction devenant la 5e, voisinant le génie, son frère d'applications scientifiques, liée à lui par la construction hygiénique des hôpitaux et casernes à laquelle les Anglais affectent ce qu'il nomment des ingénieurs médicaux dont Douglas-Dalton demeure la plus haute personnalité.

Il nous paraît que le rôle de l'hygiène grandissant de plus en plus, la prophylaxie se substituant à la guérison, il y a dans les constructions de conduites d'eaux, de lumière, d'égouts, d'aération, d'alimentation, d'habitat, plus de contact entre l'ingénieur et le docteur qu'entre ce polytechnicien et la 5e direction actuelle qui n'étend guère ses mathématiques au-delà de l'addition des vivres viande, fourrages, riz, avoine, haricots verts, secs ou flageolets. Une polytechnique un peu agricole.

***

Sans compter le sucre et café, denrées coloniales; il est vrai que le Service de santé a quelque chose aussi de colonial; d'abord le Tonkin où il y a encore 11 docteurs en 1890, puis, moins loin, 2 médecin détachés en Perse et au Monténégro. Il y en avait jadis un 3e, premier Consul à Djeddah, dans l'Arabie Pétrée.

On ne se rend pas bien compte de ce que vont faire sous ces latitudes diverses des docteurs de l'armée. Sont-ils chargés d'observations et de rapports, médicaux bien entendu, sur les maladies des monarques et des cours? mais alors ce sont presque des médecins des Affaires Etrangères.

Et du diable si je croyais au Val-de-Grâce qu'on nous élimât pour

(1) Voir le numéro précédent.

L'oreille droite est légèrement soulevée.

La tumeur mesure dans son diamètre vertical 4 c. 1/2 et dans son diamètre horizontal 4 c. 1/2.

Ses limites ne sont pas fixes et, lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, elle empiète assez notablement sur les régions indiquées.



Fig. 1.

La peau est normale, mince, glissant facilement sur les parties profondes, avec quelques très fines arborisations, mais sans veines apparentes à sa surface.

La tumeur est adhérente profondément et on ne peut lui imprimer que quelques mouvements très limites.

Au toucher on constate quelques légères bosselures; on est frappé par la sensation de mollesse, de fausse fluctuation dans certains points; dans d'autres parties, il existe des parties dures. Il y a une augmentation de température très manifeste au niveau de la tumeur.

Par la compression, on arrive à réduire très notablement le volume de la tumeur, sans la faire cependant disparaître; en comprimant au contraire les gros vaisseaux du cou, on obtient une augmentation de volume.

Si l'on place l'enfant dans la position déclive, la tête en bas, on voit la tumeur se gonfler, durcir, la peau il est vrai ne changeant pas de caractères. Au moment des cris, des efforts, on observe les mêmes caractères.

On ne perçoit pas de battements; mais à l'auscultation, on entend un souffle doux, se prolongeant dans la région du cou correspondante.

Il n'existe en aucun point de la sonorite. La face interne de la joue, les gencives, le pharynx sont normaux, sans traces de tissus érectiles.

L'état général est excellent.

Nous diagnostiquons : un angiome congénital caverneux à *marche rapide* de la région parotidienne en communication avec les gros vaisseaux du cou et particulièrement avec la veine jugulaire interne.

Le professeur Lannelongue, appelé en consultation, confirme notre diagnostic, et ne cache pas à la famille la très grande gravité du cas. Notre maître se rallie au traitement que nous proposons, l'électrolyse. A son avis, ce traitement seul doit donner quelques résultats, les autres méthodes étant inapplicables et très périlleuses.

Le traitement est commencé le 20 décembre 1887. Deux aiguilles positives en platine sont placées à la partie supérieure de la tumeur, en avant de l'oreille; le pôle négatif, représenté par une large plaque de zinc recouverte de peau de chamois, est placé à la partie antérieure du bras. On fait passer un courant de 16 milliampères pendant 2 minutes. L'aiguille du galvanomètre est ramenée à 0, le courant renversé = 5 milliampères pendant quelques secondes. Pas une goutte de sang. Réaction nulle.

2e séance et 3e séance, espacées de 4 jours. Deux piqûres par séance. Courant : 16 à 18 milliampères. Durée des séances : 2 minutes. Les piqûres sont toujours faites obliquement et à la partie périphérique de la tumeur.

4 aiguilles sont reliées à un fil + et plongées à la fois dans la tumeur. Le courant est augmenté de 20 à 25 milliampères pendant 2 minutes.

Pendant un mois et demi, le traitement est suivi très régulièrement à raison de deux séances par semaine. La tumeur *durcit* à sa partie supérieure, elle a augmenté de volume

---

ça; il y avait bien de mon temps des professeurs qui paraissaient assez étrangers à leurs cours, mais rien ne pouvait les faire supposer professeurs d'ambassade, si ce n'est qu'ils usaient d'une certaine diplomatie aulique vis-à-vis de Michel Lévy.

* * *

Mais enfin ces docteurs des missions étrangères avancent, émargent et sont mis « hors cadres » alors que le hors-cadres a été retiré, si j'ai bonne mémoire, en 1886 à certains majors et principaux, brillants professeurs de Faculté, qui furent obligés d'opter à Lyon, Nancy, Bordeaux, etc., et de rendre des services, non pas des arrêts, — peut être bien d'en recevoir — dans un hôpital militaire.

De plus, nous écrit-on, s'il est facile d'être attaché à un sultan qui craint de « mauvais cafés », il est difficile de s'en détacher. Je vois bien comme on y entre. Le dernier titulaire, lors du passage en nos murs de son suzerain, a profité du regain d'audace grande que lui restituait la vue du bon gendarme pour balbutier, avec une timidité extrême, sa demande de congé *provisoire*. Il n'en eût pas fallu plus gros dans le pays où l'on abuse du verre pilé pour lui faire administrer doucement un mauvais chocolat qui l'eût cloué dans une mauvaise bière; mais ici il en va autrement, il y a des juges à Paris.

* * *

Ne quittons pas ces pays de soleil et de trop de soleil, sans dire que sur les bords de la mer Rouge, à Massaouah, la ration de vin des troupes italiennes vient d'être portée à 500 grammes; ce que nous est dit par la *Gazetta militare Italiana* qui nous en apprend bien d'autres : d'abord que les revues techniques italiennes ne sont lent moins que les nôtres devant de longs travaux d'hygiène chez nous n'ont guère d'écoulement que dans l'ancien *Cercle* d'où on les exhume peu; ensuite que le Dr Maestralli, l'auteur de l'article sans grande originalité, mais fort documentaire, signe et signe commandant-médecin. Ce sont là, j'imagine, deux bonnes choses à imiter (1).

(1) Del Vitto per la Truppa. Gaz. militare mensile. Roma, nov. 89 articles.

le niveau, mais elle ne s'est pas développée, elle a conservé ses limites et ne subit pas de mouvements d'expansion pendant les efforts, dans les points où l'électrolyse a agi. On n'observe aucune réaction inflammatoire, la peau a légèrement blanchi dans les points où ont été faites les piqûres.

La malade revient dans sa famille à Angers; au bout de quelque temps, on s'aperçoit d'une diminution assez notable dans la partie de la tumeur soumise au traitement. Nous constatons cette diminution bien évidente au moment où le traitement est repris en avril.

Pendant 4 mois, jusqu'au 20 août, on fait régulièrement, deux fois par semaine, 8 piqûres; on se sert d'un fil se divisant en huit, auquel sont reliées les aiguilles de platine. Le pôle est rapproché de la tumeur (Voir fig. 3). Courant = 30 milliampères pendant 2 à 3 minutes. Il n'y a pas d'hémorrhagie; la douleur pendant les séances, assez courtes du reste, ne paraît pas très vive. Il n'y a jamais eu à aucun moment menace de lipothymie ou de syncope, le sujet supporte admirablement le traitement; sa santé générale est excellente. Après chaque séance, on notait une très légère tuméfaction, quelques ecchymoses, jamais de suppuration au niveau des piqûres.

Un mois après la reprise du traitement, les 2/3 supérieurs de la tumeur étant durcis, on attaque la partie inférieure, très vasculaire, zone dangereuse, en raison des communications probables que nous avons signalées avec les grosses veines. Quelques gouttes de sang suivent les piqûres; il ne se produit, à la suite de nos piqûres multiples (8, à la fois), aucune réaction, aucun accident.

A partir de ce moment, la tumeur subit une diminution très sensible, encore plus marquée au moment de l'interruption du traitement le 20 août.

A ce moment la tumeur est dans de très bonnes conditions, elle est dure, un peu saillante encore, sans bruit de souffle; elle n'augmente pas pendant les cris ou la position déclive.

Pendant la cessation du traitement électrolytique, la tumeur subit encore une diminution et, lorsque nous revoyons la malade, nous pensons que toute nouvelle intervention est inutile. Cependant quelques points de la tumeur sont encore mous et, par excès de précautions, nous faisons encore des piqûres du 15 octobre au 18 décembre.

Vers la fin du traitement l'enfant est atteinte de gourme de la tête et quelques croûtes confluentes qui se montrent au niveau des piqûres de la tumeur, font craindre des cicatrices aux parents.

La jeune enfant nous est présentée dans le courant de mars 1889. Elle est absolument guérie, la tumeur a disparu, se rétractant entièrement et *laissant même un creux* dans la région parotidienne, au point primitivement saillant. Dans les parties occupées par la tumeur, on sent une masse rétractile non saillante, de consistance fibreuse; la circulation des parties voisines est normale, on ne perçoit aucun bruit de souffle. (Voir fig. 2).



Fig. 2

Les petites tumeurs du pied, de la fesse, du mollet, loin d'augmenter se décolorent et disparaissent.

Nous avons eu, à plusieurs reprises, des nouvelles de l'enfant et la guérison ne s'est pas démentie *au bout d'un an*. Il n'existe pas de cicatrice; quelques plaques blanches lisses, qui disparaissent tous les jours au niveau des points où existaient les croûtes de gourme.

En résumé, la durée du traitement nécessaire pour la cure

* * *

Je ne suis en rien de l'avis de la *Revue d'état-major* de Berger-Levrault qui, en rendant compte de mes *Cahiers de* 1889 *de la médecine militaire française*, dit, à propos de ce qu'ils demandaient: « L'avancement au concours, oui, la simplification de paperasserie, oui encore, le relèvement de l'humble infirmier, oui toujours, mais pourquoi ce tour régulier d'occupation des bons postes, pourquoi l'autonotomie absolue du corps médical, pourquoi cette appellation de médecin colonel, médecin commandant, n'est-ce pas un peu la foire aux galons et nos excellents docteurs en tireront-ils plus de science et de considération ?

Mais oui, puisque les excellents officiers d'état-major en tirent plus de science et de considération, le soldat qui n'est pas un abonné de l'excellente *Revue d'état-major* dont je me plais à constater la valeur et le succès, le soldat a besoin de leçons de choses, de voir des galons et d'entendre des mots; je suis sûr que la science et la considération des excellents docteurs italiens ne s'en portent pas plus mal. Et, d'après ce que j'ai pu voir à Rome, Naples, surtout à Florence, à l'École de santé militaire où il y a beaucoup de capitaines médecins, cela ne choque personne.

* * *

On vient, du reste, d'imiter cette école à Lyon en donnant l'instruction militaire aux élèves. Il y a un professeur de cavalerie (pardon, d'art équestre) et un agrégé d'infanterie. Il y a même, outre ces leçons à pied et à cheval, un renfort de deux professeurs d'histoire et deux d'allemand. C'est abondant, car enfin on n'a que quatre ans pour finir un docteur et ce n'est pas trop. La médecine est longue, *ars longa*.

J'admets parfaitement les voltes, demi-voltes, doublés dans la longueur avec ou sans changement de main, aussi l'instruction d'homme de pied, mais les conférences d'histoire à des bacheliers ès lettres me semblent une perte de temps qui est de l'argent, surtout sur ce terrain de culture intensive. Il ne faut pas oublier qu'il est à fort court terme, ce service de quatre ans pour un doctorat pressé et qu'il y aurait avantage à ne pas trop documenter ces élèves-express.

Heureuses les Écoles qui n'ont pas d'histoire.

* * *

Sur 80 élèves admis cette année, 55 ont des bourses, trousseaux, demi-bourses et demi-trousseaux, etc. C'est une proportion plus

radicale de l'angiome caverneux grave décrit a été *de 8 mois*; il a été fait près de 300 piqûres.

Il nous paraît probable que le traitement du 15 octobre au 18 décembre a été peu utile et que la tumeur était guérie au bout de 6 mois de traitement.

On remarquera que la diminntion de la tumeur est survenne assez rapidement, au bout de deux mois environ.

Pendant toute la durée du traitement on n'a observé aucun accident.

Le résultat heureux signalé dans notre observation, n'est pas un fait exceptionnel, isolé. Nous avons depuis plusieurs années traité un grand nombre de tumeurs érectiles par l'électrolyse et les résultats ont été constamment bons. Dans plusieurs tumeurs étendues du crâne, de la face, dans une tumeur veineuse très considérable de la cuisse droite, la guérison a été rapidement obtenue. Nous traitons en ce moment une volumineuse tumeur érectile de toute la moitié gauche de la face, qui nous a été adressée par les Drs Vidal (de l'hôpital St.-Louis) et Le Roy de Méricourt et, bien que les séances d'électrolyse ne soient pas encore très nombreuses, le résultat obtenu est déjà très important. (Nous publierons plus tard cette observation.)

L'examen de nos observations nous démontre que la *méthode est toujours efficace.* Elle réussit dans toutes les variétés de tumeurs érectiles, nœvi, petites tumeurs érectiles superficielles, mais aussi dans les cas graves de tumeurs érectiles, profondes, pulsatiles, veineuses on artérielles, en communication avec de gros troncs veineux, à développement rapide, pour lesquelles les autres traitements proposés sont dangereux, inefficaces. Nous avons aussi obtenu de très bons résultats du traitement des *tumeurs cirsoïdes* par l'électrolyse.

Il existe aujourd'hui dans la science un certain nombre d'observations de tumeurs érectiles volumineuses, anologues à celles que nous publions, et qui ont été guéries par l'électrolyse.

La guérison dans ces cas est complète; la tumeur s'affaisse, elle se rétracte, sans induration ni cicatrice fâcheuse, elle ne récidive pas.

Les cicatrices superficielles, avantage important, sont évitées.

---

faible qu'à Strasbourg où toutes les familles s'élançaient vers la gratuité avec un élan de bon ton. On était grippé de cela par mode. Il y avait de faux pauvres et des nécessiteux plus que de nécessité.

Mais il y avait aussi comme à Polytechnique et à Saint-Cyr des indigences vraies, et pour celles-là la publicité militaire d'alors avait des paraphrases d'une touche exquise. Nous extrayons du *Moniteur de l'Armée* de 1868 quelques-unes de ces compositions fines et délicates : « Le père brigadier d'octroi sans autres res- « sources que son traitement; le père ex-brigadier de gendarmerie « deux enfants, sans ressources suffisantes; fils d'un meunier, sans « autres ressources que le produit de son moulin, trois enfants à « la charge du père. »

On a la main moins lourde, aujourd'hui, il n'est publié que les noms des bénéficiaires, mais je ne verrais aucun mal à ce qu'ils fussent enfouis dans un secret profond, ignorés des camarades, même du directeur de l'école, connus seulement du ministre qui est loin, et du trésorier dont ce serait le secret professionnel. Il ne faut pas publier la pauvreté de ces frères pauvres, c'est l'appauvrir.

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

---

L'électrolyse ne présente en outre *aucun danger*. Bien nous ayons opéré des enfants de quelques mois, nous n'avo[ns ja]mais, à la suite de milliers de pipûres électrolytiques pratiq[uées] observé le moindre accident. Dans quelques cas, une lé[gère] réaction inflammatoire au niveau des piqûres, avec quel[ques] petites croûtes, mais jamais d'hémorrhagie, de suppura[tion,] de syncopes, d'embolies avec leurs conséquences fatales, a[cci]dents malheureusement observés avec d'autres méthodes, particulièrement avec les injections coagulantes. Malgré [la] fréquence des séances, les jeunes enfants opérés ont toujo[urs] été en parfaite santé, sans fièvre, etc.

Pendant l'opération, la douleur, grâce aux modifica[tions] des électrodes, est supportable pendant le passage du cour[ant;] nous n'avons jamais noté le moindre trouble, le moin[dre] ébranlement nerveux. Cette innocuité de l'opération s[era] constante, si l'on veut bien suivre les règles opératoires [que] nous indiquons plus loin.

Reste la principale objection faite à la méthode électr[oly]tique : la longue durée du traitement. Nous pensons que [ce] reproche n'est pas absolument fondé. On peut en effet ra[p]procher les séances (tous les 3 jours), agir avec plusie[urs] aiguilles à la fois, en cherchant à oblitérer à un certain m[o]ment les points par lesquels le sang pénètre dans la tume[ur.] On obtient ainsi des guérisons assez rapides. Depuis que n[ous] avons une pratique plus grande de l'électrolyse et que no[tre] technique opératoire est meilleure, les résultats obtenus s[ont] beaucoup plus rapides.

Les avantages que nous venons de signaler justifient [la] conclusion de notre mémoire de 1887 sur ce sujet : *L'électr[o]lyse est la méthode de choix dans le traitement de toutes les [va]riétés de tumeurs érectiles.*

Nous ne pensons pas qu'il faille insister beaucoup sur [la] supériorité de l'électrolyse sur les autres méthodes p[ro]posées, la cautérisation avec les caustiques, le galvano-caut[ère,] le thermo-cautère, les injections coagulantes, l'excision p[ar]tielle qui pouvaient rendre quelques services, *faute de mi[eux]* avant la connaissance parfaite des résultats obtenus [par] l'électrolyse. Ces dernières méthodes sont souvent ineffica[ces,] toujours suivies de cicatrices, dangereuses, ayant dans qu[el]ques cas occasionné la mort.

Les règles à suivre, les instruments à employer pour l'a[p]plication de l'électrolyse sont importants à connaître, et c'[est] parce que certains auteurs ont commis quelque faute opé[ra]toire ou ont oublié quelque précepte important, que ce procé[dé] a pu paraître, dans quelques cas, inefficace ou infidèle.

Les instruments nécessaires pour l'opération sont p[eu] nombreux et peu compliqués : Une pile est reliée par de[ux] fils à deux électrodes, l'une constituée par des aiguilles, l'au[tre] par une surface appliquée sur une partie déterminée du corp[s.]

*Pile.* — La pile que l'on emploie doit être à courants con[ti]nus, avec un petit nombre d'éléments à débit constant, av[ec] un galvanomètre d'intensité graduée en milliampères. Les p[iles] construites par Chardin, Gaiffe de 20 à 24 éléments convie[n]nent parfaitement.

*Electrodes.* — Ainsi que nous l'avons établi dans notre mé[moire] de 1887, *une seule aiguille*, l'aiguille positive doit ê[tre] introduite dans la tumeur. Ce procédé (mono-puncture positi[ve)] a une influence considérable sur le résultat opératoire et l'[on] ne saurait trop insister sur ce point, l'étude des phénomè[nes] électrolytiques démontrant que le caillot formé au pôle +, bi[en] différent de celui du pôle —, est dur, solide, adhérent a[ux] parois, rétractile, conditions qui conviennent admirablemen[t à] la cure des tumeurs érectiles.

Les aiguilles constituant un pôle actif doivent être en platine, de longueur variable, fines, de 1/2 mill. de diamètre. On peut aussi se servir d'aiguilles en or.

Nous avons souvent recherché à isoler les aiguilles dans la partie qui doit être en contact avec la peau. Le vernis, recommandé par quelques électriciens, s'écaille, ne protège pas suffisamment. La soie très fine, enroulée en un point de l'aiguille dans une encoche pratiquée à la lime, affaiblit cette aiguille et l'expose à des ruptures. Dans la plupart des cas nous employons l'aiguille nue; avec une surveillance attentive une durée peu longue des applications, on n'observe pas d'eschares, tout au plus dans quelques cas de petites croûtes noirâtres, qui ne laissent aucune cicatrice. Dans certaines variétés de tumeurs érectiles, lorsque la peau est atteinte, l'action des aiguilles à ce niveau est utile.

L'autre électrode, *négative*, est constituée par une plaque de métal, zinc, étain, recouverte de peau de chamois. Cette plaque doit être *large*; les douleurs de l'opération étant dans ces conditions très notablement diminuées. La forme de cette plaque varie suivant les cas : elle peut être placée sur la face antérieure de la cuisse ou du bras.

Lorsqu'on opère sur la face, on doit éviter que le courant ne traverse des parties saines du corps et surtout les centres nerveux ; aussi, à l'exemple de Voltolini, de Boudet de Paris, faut-il rapprocher les deux pôles. On peut avec avantage employer la disposition concentrique des pôles. La meilleure forme à donner au pôle négatif nous paraît être celle représentée dans le dessin ci-dessous (Voir fig. 3.)

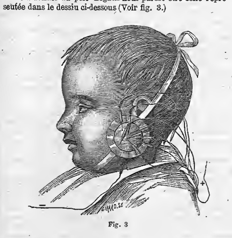


Fig. 3

La plaque représentée est en zinc malléable, pouvant s'adapter facilement à toutes les surfaces, elle est perforée à son centre, et recouverte de peau de chamois, reliée par un fil à la pile; deux rubans permettent de la fixer exactement sur les surfaces à opérer. Les aiguilles sont placées au centre. Les bords de cette plaque, c'est-à-dire la surface destinée à être en contact avec la peau, doivent être assez larges, 4 à 6 centimètres en moyenne.

Dans presque toutes nos opérations électrolytiques, que la tumeur siège aux membres ou à la tête, nous nous servons des électrodes que nous venons de décrire.

Cette disposition présente de grands avantages : elle permet de faire une sorte d'électrolyse locale, énergique, peu douloureuse, avec des courants intenses, sans dérivation fâcheuse sur les centres nerveux.

*Fils.* — Les fils employés doivent être légers, non rigides. Le fil + qui doit se mettre en contact avec les aiguilles doit se subdiviser en 4, en 8 (Voir fig. 3.) On peut de cette façon agir plus rapidement, en attaquant la tumeur en plusieurs points. Bien que l'on puisse faire à ce procédé quelques objections théoriques (Legros, Onimus), il nous a rendu depuis longtemps, dans la pratique, de très grands services et nous ne saurions trop le recommander.

*Manuel opératoire.* — Le sujet étant bien immobilisé, dans une bonne position (l'anesthésie n'est pas nécessaire), on fixe avec soin l'électrode négative, mouillée avec de l'eau chaude, sur les surfaces à opérer. On examine si les contacts des deux fils avec les deux pôles de la pile sont bien établis. On fixe solidement les aiguilles aux extrémités divisées du fil positif. On plonge alors obliquement les aiguilles dans les points que l'on désire coaguler. Le mode d'introduction des aiguilles varie, elles doivent être placées plus ou moins profondément, suivant les cas.

Dans les premières séances, nous n'employons qu'une ou deux aiguilles au niveau des parties périphériques. Lorsque le sujet a bien supporté les premières piqûres, lorsque la tumeur est coagulée dans plusieurs points, nous attaquons alors plus vigoureusement le mal, recherchant la coagulation dans les parties vasculaires qui paraissent alimenter la tumeur. Nous pensons qu'il y a avantage, dans le traitement des grosses tumeurs érectiles très vasculaires, surtout lorsqu'elles siègent à la face, à réserver pour la fin les zones dangereuses et à ne pas procéder brusquement. Les aiguilles étant plongées dans la tumeur, ainsi que nous venons de l'indiquer, on fait alors marcher le manipulateur, mais avec une lenteur extrême; dès qu'on a obtenu 10 milliampères, on s'arrête quelques instants, on augmente encore graduellement l'intensité jusqu'à 25 milliampères. La durée totale de l'application du courant ne doit pas être trop prolongée et dépasser 2 à 3 minutes. La durée de 5 minutes, proposée par quelques auteurs, nous paraît trop longue. Les courants plus forts sont à notre avis inutiles; ils ne doivent être employés que dans des cas exceptionnels; des expériences nous ont montré, en effet, que, pour obtenir au moyen d'aiguilles positives la coagulation de la fibrine et un caillot dur, résistant, adhérant solidement aux parois vasculaires, il faut commencer par un courant faible en augmentant l'intensité jusqu'à 25 à 30 milliampères pendant 2 à 3 minutes. Lorsqu'on emploie des courants plus forts, les caillots sont moins adhérents, plus diffluents. Dans presque toutes nos observations, les courants employés n'ont jamais dépassé 25 à 30 milliampères, les résultats obtenus ont été constamment bons.

La compression circulaire pendant et après l'opération, est inutile ; les coagulums électrolytiques différant essentiellement de ceux obtenus par des liquides coagulants, on n'a pas à craindre le transport embolique des caillots. On doit observer, pendant toute la durée de l'opération, l'effet produit; lorsque la peau blanchit, lorsque l'action électrolytique paraît intense, on pourra abréger la durée de la séance.

On ne doit ramener l'aiguille au zéro que très lentement. Avant de retirer l'aiguille, on renverse le courant, on fait passer un courant négatif de 4 à 5 milliampères. Cette pratique, qui ne présente aucun inconvénient, a l'avantage d'empêcher l'adhérence trop forte du caillot à l'extrémité de l'aiguille et

de permettre son retrait sans la moindre hémorrhagie. L'aiguille ne doit être enlevée que lorsqu'on n'éprouve plus la moindre résistance.

On ne doit jamais tirer brusquement sur les aiguilles, leur imprimant délicatement quelques mouvements de torsion. Les différents appareils proposés pour placer et retirer les aiguilles nous paraissent, après expérience, inutiles. Il nous semble plus pratique et plus facile d'agir avec les doigts ; on peut de cette façon procéder avec délicatesse, avec précision, appréciant la profondeur à laquelle se trouvent les aiguilles, les régions qu'elles traversent, la résistance au moment de leur ablation.

S'il vient une goutte de sang au moment de l'ablation des aiguilles, ce qui s'observe quelquefois au début du traitement et lorsque les enfants font des efforts, crient et pleurent, il suffit de placer un peu de coton antiseptique au niveau des piqûres. Ce coton peut être laissé en place quelques jours. S'il se forme des croûtes, s'il y a un peu de réaction, on fera quelques pulvérisations avec de l'acide borique.

Dans l'intervalle des séances, il faudra recommander le repos, éviter toute pression, toute irritation au niveau de la tumeur. Les séances d'électrolyse peuvent être faites tous les trois jours.

Au début du traitement, les séances doivent être très régulières; lorsque la tumeur sera coagulée, on pourra les espacer; dans les tumeurs volumineuses, on devra interrompre à un certain moment, l'électrolyse pendant 15 jours, un mois, afin de voir comment la rétraction s'effectue. On ne devra cesser les piqûres que lorsque la tumeur sera absolument dure, non vasculaire. S'il reste encore quelques points mous, quelques lacs sanguins, on devra agir avec énergie à ce niveau.

Le nombre des séances, la durée du traitement varient évidemment, suivant la nature et l'étendue de la tumeur ; on peut cependant, en procédant comme nous l'avons indiqué, agir assez rapidement. La façon dont l'électrolyse est appliquée diminue beaucoup la durée du traitement.

Les aiguilles devront être soigneusement désinfectées avant et après chaque séance, avec de l'éther ou de l'alcool ou une solution d'acide phénique.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs érectiles superficielles, siégeant dans la peau, le mode opératoire diffère un peu de celui que nous venons de décrire. Il suffit, en effet, de se servir d'une seule aiguille positive, on place le commutateur en un point déterminé correspondant 30 à 40 milliampères et on plonge très légèrement l'aiguille en divers points pendant quelques secondes. On retire l'aiguille dès que la peau blanchit. On peut dans une même séance pratiquer 20, 40 piqûres et même davantage ; on modifie ainsi très rapidement la peau, qui devient blanche, normale. On peut agir d'une façon plus ou moins énergique suivant les cas. Ce procédé rend de très grands services dans les taches érectiles, avec ou sans villosités et mamelons.

L'âge n'est pas une contre-indication à l'électrolyse. Nous pensons au contraire qu'il y a grand avantage à agir dès que le mal a été constaté et quel que soit l'âge : on connait en effet la marche rapidement envahissante de certaines tumeurs érectiles, congénitales, principalement les tumeurs profondes, en communication avec de gros vaisseaux. Il faut dans ces cas modifier rapidement la constitution des vaisseaux érectiles et rechercher leur oblitération.

Nous avons traité des enfants de 1 et 2 mois et nous n'avons jamais observé le moindre retentissement fâcheux sur leur santé. Il faut cependant, dans ces cas, procéder lentement, avec prudence, éviter, par une technique régulière, tout ébranlement nerveux et la moindre hémorrhagie.

Rappelons, en terminant, les conclusions de notre mémoire de 1887, que notre pratique et notre expérience de ces dernières années ne font que confirmer :

*L'Electrolyse est la méthode de choix dans le traitement des tumeurs érectiles.*

*Elle réussit toujours, même dans des cas où d'autres méthodes ont échoué.*

*Grâce à une technique opératoire régulière, l'électrolyse met à l'abri de tout accident d'eschare, de suppuration, de cicatrice, etc.*

*Elle permet d'agir avec sûreté et précision.*

---

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA.

I. — Note sur l'affection de l'oreille dans l'influenza, par le Dr R. Dreyfuss. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 3, p. 52.

II. — Sur l'otite moyenne aiguë dans l'influenza, par le Dr Schwabach. *Ibidem*, p. 53.

III. — Influence de l'influenza sur les affections utérines, par le Dr S. Gottschalk. *Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 3, p. 41.

IV. — Complications graves de l'influenza, par le Dr Holz. *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1890, n° 5.

V. — Sur le traitement abortif de l'influenza, par le Dr Schuster. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 3, p. 58.

VI. — Propositions ayant en vue la prophylaxie de l'influenza, par le Dr Graeser. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 51, p. 1109.

I. — A la polyclinique de Baginski, à Berlin, on a observé, dans le courant des dernières semaines, un certain nombre de cas d'otite moyenne aiguë, qui différaient de l'otite moyenne commune. Ces cas concernaient tous, des sujets qui venaient de subir les atteintes de l'influenza, et selon toute probabilité c'est cette affection pandémique qui avait imprimé à l'inflammation de l'oreille moyenne son cachet spécial.

Il s'agissait, en somme, d'inflammations hémorrhagiques graves du tympan, accompagnées d'un épanchement séreux ou purulent (mais, chose curieuse, jamais hémorrhagique) dans la caisse. A l'inspection, le tympan présentait une teinte d'un rouge intense, hémorrhagique ; dans quelques cas, il était recouvert, par places, de bulles sanguines, dont les dimensions variaient de celles d'une lentille à celles de la moitié d'un pois chiche. En général, ces petits hématomes siégeaient, au nombre de 3 ou 4, à la périphérie du tympan ; en les incisant, on pouvait se convaincre qu'ils s'étaient développés dans l'épaisseur même de cette membrane, et qu'ils étaient indépendants de la caisse. En effet, à travers l'incision on ne donnait jamais issue qu'à un exsudat séreux ou purulent. Le revêtement extérieur de ces hématomes était constitué par une couche épidermique épaisse, qui se détachait par larges squames.

Chose singulière, les manifestations subjectives par lesquelles se traduisait cette otite moyenne compliquée d'une myringite

hémorrhagique bulleuse étaient relativement minimes. Les malades ne se plaignaient point des douleurs vives qu'occasionne l'otite moyenne commune. — Politzer (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 2e édition, p. 187) a observé des complications analogues, du côté du tympan, dans des cas de fièvre typhoïde, de variole, ainsi que Wendt (*Archiv für Heilkunde*. T. XIII, p. 118), dans des cas de variole également.

Les complications auriculaires, observées dans d'autres cas d'influenza, consistaient dans la forme commune de l'otite moyenne. Quelquefois il n'y avait point d'exsudat dans la caisse; le plus souvent celle-ci était envahie par un épanchement séreux ou séro-purulent; une fois seulement, l'exsudat était formé par du sang. Bref, l'inflammation de la muqueuse de la caisse revêtait un caractère beaucoup plus bénin que l'inflammation du tympan. Les symptômes subjectifs, qu'accusaient les malades, étaient peu prononcés également. L'évolution de cette otite était en général bénigne. Dans un petit nombre de cas seulement, l'inflammation a manifesté une tendance à gagner l'apophyse mastoïde.

Eu égard à l'époque de la maladie où l'infection envahissait l'oreille, il y a lieu de distinguer deux catégories de cas:

Dans ceux de la première catégorie, l'otite se montrait dès le premier, au plus tard le second jour de l'attaque d'influenza, en même temps que les manifestations catarrhales du côté du nez et du pharynx.

Dans ceux de la seconde catégorie, l'otite moyenne ne survenait que huit ou dix jours après l'attaque d'influenza, quelquefois même plus tard, à une époque où il ne subsistait plus, en fait de manifestations de la période aiguë, qu'un fort rhume de cerveau. Pour ces derniers cas une localisation directe du principe infectieux dans l'oreille n'est donc pas aussi vraisemblable que pour les premiers.

II. — En l'espace d'une quinzaine de jours, Schwabach a eu l'occasion d'observer, à Berlin, 62 cas d'otite moyenne aiguë, chez des personnes qui étaient ou avaient été atteintes de l'influenza. Dans 19 de ces cas il s'agissait d'une otite moyenne simple, et dans les 43 autres, d'une otite suppurée. Chez huit malades seulement, l'otite siégeait des deux côtés; 25 fois, l'affection auriculaire occupait le côté gauche seulement, et 29 fois le côté droit. Sauf dans quelques cas d'otite aiguë simple, tous les autres se sont distingués par la grande intensité des manifestations subjectives (ce qui contraste avec les résultats annoncés par Dreyfus) et des symptômes objectifs. Bon nombre de malades se plaignaient d'une lourdeur de tête, d'une violente céphalalgie, de douleurs vives dans l'oreille malade (et ces douleurs persistaient parfois, après la perforation spontanée du tympan), de bruits d'oreilles très pénibles, de dureté de l'ouïe.

A l'inspection des parties malades, on constatait une rougeur très prononcée du tympan, principalement dans les cas d'otite suppurée et avant la perforation de la membrane tympanique; celle-ci faisait une saillie considérable au fond du conduit auditif externe, principalement dans sa moitié postérieure. Conformément aux observations faites à la polyclinique de Baginsky, Schwabach a constaté, dans un nombre relativement considérable de cas, la présence de foyers hémorrhagiques dans l'épaisseur du tympan, d'ecchymoses multiples (dans 8 cas), ou de bulles hémorrhagiques (dans 14 cas) occupant toute la surface de cette membrane.

Dans les cas où l'otite suppurée a conduit à la perforation spontanée du tympan, celle-ci intéressait presque toujours le quart inférieur et antérieur de la membrane, quelquefois le quart supérieur et postérieur, et 2 fois la membrane de Shrapnell. Plus souvent que cela n'arrive dans l'otite moyenne commune, l'inflammation de la caisse s'était répercutée sur l'oreille externe, sous la forme d'une tuméfaction œdémateuse de la conque, d'une infiltration inflammatoire de la paroi du conduit auditif externe, avec desquamation consécutive, par vastes lamelles. En suite de cela, les souffrances des malades étaient accrues lors des mouvements de mastication.

Malgré l'intensité de ses symptômes, cette forme d'otite moyenne comportait en général un pronostic bénin. Tels cas d'otite moyenne simple ont guéri après deux ou trois séances de douches d'air. La terminaison était tout aussi favorable dans les cas d'otite suppurée, lorsque, dès le début de l'affection, on procédait à la paracentèse du tympan. Chez les malades venus en traitement après perforation spontanée de la membrane tympanique, l'emploi des médications usitées en pareil cas enrayait très vite la suppuration, sauf dans quelques cas où la déchirure occupait le quart supérieur et postérieur du tympan. Il fallait, alors, élargir la déchirure, on pratiquer une incision dans le quart inférieur et antérieur.

III. — Biermer a signalé que l'influenza provoque des métrorrhagies, et le retour des règles chez les femmes en état d'aménorrhée. Dans le cours de la présente épidémie, Gottschalk a eu l'occasion de vérifier l'exactitude des assertions de Biermer, chez 4 femmes atteintes de l'influenza.

Dans les 4 cas, il s'est agi de véritables métrorrhagies et non de ménorrhagies. Les pertes de sang sont survenues, soit le premier, soit le second jour de l'attaque d'influenza; elles ont été assez profuses, accompagnées de douleurs lombaires et, dans 2 cas, de strangurie. Chez une des 4 malades, une jeune fille, ces phénomènes concomitants, douleurs et strangurie, étaient en rapport avec une inflammation aiguë de la vulve et de l'urèthre. La durée des hémorrhagies a varié de cinq à huit jours. Pour arrêter le sang, il a fallu recourir aux injections chaudes et à l'administration interne de l'hydrastis canadensis.

Dans tous ces cas on pouvait constater l'existence d'une tuméfaction considérable de l'utérus, et un ramollissement des parois de cet organe. Par le cathétérisme on pouvait se convaincre que la muqueuse utérine était très sensible au toucher, ramollie, rugueuse à sa surface; la cavité utérine était allongée de 1 à 1/2 centimètre. La muqueuse du vagin présentait un aspect normal en apparence; on en peut dire autant des annexes. Les métrorrhagies reconnaissaient vraisemblablement pour cause une inflammation aiguë de la muqueuse utérine. Une des observations de Gottschalk est particulièrement propre à corroborer cette hypothèse. Il s'agit d'une femme de 36 ans, qui avait subi l'extirpation des annexes, au mois d'avril dernier. Depuis lors, cette femme n'avait pas revu ses règles. Le 17 décembre elle ressentit les premières atteintes de l'influenza; en même temps survint une métrorrhagie profuse, qui égala en intensité et en durée les pertes de sang des trois autres malades, et celles-ci étaient en possession de leurs annexes. Donc, ces complications hémorrhagiques de l'influenza paraissent être indépendantes des trompes et des ovaires.

Les femmes gravides sont aussi sensibles aux atteintes de l'influenza que les femmes dont l'utérus est en état de vacuité. Chez 2 femmes, l'une au troisième, l'autre au quatrième mois de la grossesse, l'influenza a déterminé un avortement que n'expliquait pas le degré de la fièvre. Une autre femme, secondipare, et qui était en état de grossesse très avancée, fut prise de douleurs dans le cours d'une attaque d'influenza. Les douleurs persistèrent pendant quatre jours, et le col dilaté

livrait seulement accès à deux doigts, mais sans qu'il fût possible de franchir l'orifice interne. Sitôt l'attaque d'influenza passée, les choses rentrèrent dans l'ordre. Il n'y a pas eu, dans ce cas, de métrorrhagie, mais une gastrorrhagie. La femme a mis au monde un enfant vivant.

IV. — Holz a communiqué à la Société médicale de Berlin (séance du 8 janvier) 5 cas d'influenza.

Le sujet de la première observation, un homme de 36 ans, fut pris d'une épistaxis profuse, qui mit les jours du patient en péril.

Deux autres cas concernent deux sœurs, âgées l'une de 6 ans, l'autre de 3 ans 1/2, chez lesquelles se développa, le second jour d'une attaque d'influenza, une entérite aiguë cholériforme, avec crampes et perte de connaissance qui dura près de vingt-quatre heures.

Le sujet de la quatrième observation, un homme de 35 ans, avait contracté, à la suite d'une attaque d'influenza, une céphalalgie intolérable, qui le rendait impropre à toute occupation et qu'on traita pendant trois semaines, sans succès, par l'antipyrine et la phénacétine. Peu à peu la céphalalgie dégénéra en névralgie des première et deuxième branches du trijumeau; il n'y avait pas de « points » douloureux. Comme le malade avait eu, quatorze années auparavant, un chancre induré suivi d'une roséole, on lui fit prendre de l'iodure de potassium; en quelques jours il fut débarrassé de sa céphalalgie opiniâtre.

Enfin, le cinquième cas concerne un négociant qui, ayant repris ses occupations au sortir d'une première attaque d'influenza, eut une récidive (forme bronchitique). Dans la nuit il vint en proie à un accès d'asphyxie et de dysphagie. En l'examinant, le médecin s'aperçut d'un gonflement du lobe droit de la glande thyroïde, qui atteignait le volume d'une petite pomme, remontait jusqu'au cartilage thyroïde, pour atteindre, en bas, le sternum. La portion de glande tuméfiée était pâteuse, bosselée, douloureuse au toucher. On fit des applications de glace au siège de la tumeur, et on prescrivit au malade de l'antipyrine à l'intérieur. Cela n'empêcha pas la tumeur de gagner en volume et en consistance. D'un autre côté le patient se plaignait de souffrir dans les lombes; il était abattu, en sueurs; il avait de l'albuminurie, mais point de cylindres dans les urines; pas de tuméfaction de la rate; un peu d'exophtalmie. Le troisième jour, on constatait du ptosis à droite; de ce côté la fente palpébrale était fortement rétrécie, ainsi que la pupille. Depuis cinq années environ, le malade était affecté d'une hyperhidrose au côté droit de la face, qui avait fait place à une anhidrose; en même temps se développait une hyperhidrose à gauche. Le ptosis, le myosis et l'anhidrose du côté droit de la face, étaient en somme, des manifestations d'une paralysie du grand sympathique. On constatait, en outre, de la tachycardie (108 pulsations), mais pas de paralysie vaso-motrice, pas de différence de température d'un côté à l'autre, pas de troubles de la sécrétion salivaire. A l'examen ophtalmoscopique, les vaisseaux du fond de l'œil apparaissaient manifestement dilatés à gauche, rétrécis à droite. La vue était bonne des deux côtés.

L'auteur conclut, en fin de compte, à une paralysie du grand sympathique à droite, due à la compression exercée sur le nerf par la tuméfaction du corps thyroïde; l'hyperhidrose supplémentaire du côté gauche de la face serait la conséquence d'une excitation réflexe du grand sympathique gauche.

V. — Le traitement auquel Schuster attribue la valeur d'une médication abortive de l'influenza consiste dans l'administration du calomel: une ou deux doses de 15 à 60 centigrammes, suivant l'âge du malade; si au bout de six à huit heures il n'y a pas évacuation de selles abondantes diarrhéiques, on fait prendre de l'huile de ricin au patient. Mais avant même que l'effet purgatif se manifeste, la fièvre tombe, la céphalalgie se dissipe; le malade peut quitter le lit lendemain, et le surlendemain il est entièrement rétabli, sauf qu'il conserve encore un peu d'abattement.

VI. — Les propositions de Græser se réduisent à ceci: expérimenter la valeur prophylactique du sulfate de quinine sur les troupes stationnées dans les villes où sévit l'influenza, en faisant prendre à chaque homme une ration quotidienne d'eau-de-vie additionnée de 50 centigrammes de sel de quinine, et publier aussi rapidement que possible les résultats de cette enquête conduite systématiquement.

La seule raison qui incite l'auteur à soupçonner au sulfate de quinine une action prophylactique contre l'influenza, c'est que ce médicament passe pour agir comme tel, contre l'empoisonnement palustre.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur l'urticaire interne, par M. Crocesle. (Thèse de Paris, 1889).

On connaît l'opinion de Guéneau de Mussy, au sujet de cette affection. Observant dans certains cas une alternance entre l'éruption ortiée et certaines affections des voies respiratoires, il attribue ces dernières à un urticaire interne.

L'auteur adopte les idées de Guéneau de Mussy.

Du côté des voies respiratoires on remarque des attaques d'asthme ou de bronchite cédant à une éruption d'urticaire ou survenant au contraire après la disparition de cette dernière.

Les mêmes phénomènes d'alternance s'observent sur le tube digestif.

L'urticaire des voies digestives se traduit par un sentiment de brûlure ou de gonflement le long de l'œsophage. Les malades ont des éructations, des vomissements, et quelquefois des hémorrhagies intestinales.

L'urticaire peut encore occuper la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et occasionner des bourdonnements.

Les reins sont quelquefois affectés. Certains médecins anglais ont cherché à établir un rapport entre l'hémoglobinurie et l'urticaire.

Les troubles du côté de la vessie sont rares. Les séreuses articulaires et tendineuses peuvent être intéressées.

Des symptômes cérébraux sont notés et tiennent à des troubles de la circulation encéphalique.

Quelquefois des accidents graves de péritonisme cèdent à une éruption d'urticaire.

Le diagnostic est impossible si l'esprit du médecin n'est pas porté à le soupçonner.

Le traitement consiste à ramener l'urticaire à la peau. A cet effet, on cherchera à irriter le tégument externe à l'aide de la flagellation, des frictions, des sinapismes.

Contribution a l'étude de l'entéroptose, par Kaplan. (Thèse de Paris, 1889).

On connaît les études originales de Fr. Glénard sur ce sujet. Certaines dyspepsies rebelles accompagnées de constipation et de douleurs survenant après les repas, certaines de ces dyspep-

sies ne sont entretenues que par des troubles mécaniques dans le mode de fixation des viscères abdominaux.

Or la fixation de l'intestin à la paroi abdominale postérieure s'effectue par le péritoine en six points différents; et entre ces points, il existe des anses plus ou moins longues, terminées par des angles et communiquant entre elles par des orifices.

Ces anses sont les suivantes :

1re *anse*. Œsophage et estomac; orifice gastro-duodénal.

2e *anse*. Anse duodénale et orifice duodéno-jéjunal.

3e *anse iléo-colique*. Intestin grêle et côlon ascendant, orifice colique droit.

4e *anse du côlon transverse* qui doit être partagée en deux d'après Glénard.

5e *anse colo-segmoïdale et orifice segmoïdal.*

« On comprend, dit l'auteur, que ces points étant solidement fixés, si un poids assez fort vient à tirer sur deux anses, l'orifice de communication pourra être oblitéré plus ou moins et le cours des matières sera gêné. »

Dans quelles conditions les anses intestinales ont-elles à supporter des tractions plus ou moins fortes?

C'est dans les cas de relâchement des parois abdominales (couches répétées, efforts). Nous soignons en ce moment une dame atteinte d'entéroptose à la suite d'une ovariotomie pratiquée il y a une vingtaine d'années par Kœberlé.

La maladie une fois constituée se révèle par des troubles variables. La constipation est forte; des douleurs sont ressenties après le repas.

Il convient d'attacher une importance particulière aux deux signes suivants : 1° l'intolérance pour le lait qui est mal digéré, alors même qu'il ne répugne pas au malade; 2° une insomnie particulière qui fait que le malade, en proie à un état de malaise, se réveille chaque nuit entre 2 et 4 heures du matin.

Les malades sont maigres, généralement pâles. La palpation de l'abdomen permet de percevoir, au niveau de l'ombilic, une corde de la grosseur du pouce qu'on peut attirer en bas jusqu'à une certaine limite. Cette corde, pour Glénard, représente le colon transverse rétréci et abaissé (*corde colique transverse*).

Le cœcum peut prendre la forme d'un boudin dur, mat, un peu rémittent (*boudin cæcal*), ou, au contraire, se présenter sous forme d'ampoule sonore.

L'S iliaque est perçu sous forme d'une corde dure, pleine, de la grosseur du pouce et généralement plus facile à saisir que la corde colique transverse.

Il va sans dire que, dans la cavité abdominale, l'abaissement d'un organe entraîne celui des organes voisins.

On constatera du clapotage stomacal qui ne prouvera pas forcément dilatation, mais proviendra d'un abaissement de l'organe, l'estomac se mettant mieux en rapport avec la paroi abdominale, par suite de l'abaissement du colon transverse. Le rein sera déplacé plus ou moins.

Mais parmi tous les signes permettant de reconnaître l'entéroptose, il n'en est pas de plus simple ni de meilleur que celui que Glénard appelle l'épreuve de la sangle.

Le malade étant debout, on se place derrière lui et on applique les deux mains à plat sur le bas ventre, en pressant de bas en haut, de manière à soulever tout le paquet intestinal. Quand il y a entéroptose, le malade est instantanément soulagé.

Un mot sur le traitement :

Autant la maladie résiste quand les indications à remplir ne sont pas comprises, autant elle s'améliore et guérit facilement quand on combat la tendance au prolapsus intestinal. La première condition de succès est de faire porter aux malades une ceinture (bande de flanelle bien serrée ou ceinture de Glénard). Le malade, en plus, combattra sa constipation à l'aide des laxatifs.

Les alcalins pris à chaque repas seront indiqués.

Le travail de Kaplan n'est pas une œuvre originale. Mais il attire l'attention sur une entité morbide que tous les praticiens ont intérêt à connaître par les résultats inespérés qu'ils obtiendront d'un traitement approprié.

Fiessinger.

## BULLETIN

Suite de la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. — Thérapeutique de l'urémie comateuse. — Le surmenage et la réceptivité morbide pour les maladies infectieuses. — La syphilis et l'azoospermie.

La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, à l'Académie de médecine, touche à sa fin : le vote sur les conclusions de la Commission aura lieu dans la prochaine séance. Pour un peu, le résultat d'un aussi long et aussi important débat rappellerait telle fable du grand fabuliste. On a une certaine peine à comprendre des divergences aussi accentuées sur les conclusions quand tout le monde est d'accord sur les prémisses. De quoi s'agit-il, en définitive? De la sanction quasi-officielle, par l'Académie, d'un fait désormais acquis à la science et des conséquences qui en résultent pour l'hygiène publique.

Que cette sanction soit un peu tardive, c'est vrai et c'est regrettable. Mais, si l'on se souvient que c'est du sein même de l'Académie qu'est sortie la notion première qui a inspiré, depuis dix ans, tous les travaux sur la tuberculose, il ne semble pas qu'on ait à craindre, de cette déclaration rétrospective, une déconsidération quelconque pour la savante compagnie.

On sait, d'ailleurs, que le propre des Académies est généralement d'être lentes quand il s'agit de se prononcer sur un point de doctrine; on ne saurait même toujours leur reprocher cette sage lenteur.

Quant à ce qui concerne les mesures prophylactiques qui découlent du fait scientifique et la publicité à donner aux instructions adoptées par l'Académie, on doit tâcher de signaler le danger et d'indiquer les moyens de le prévenir sans effrayer le public, sans donner prise, dans la mesure du possible, à aucune exagération. Ceci est, avant tout, une question de rédaction, et il y a lieu de penser que la Commission, à qui a été renvoyée la conclusion proposée, dans la dernière séance, par M. Bergeron, présentera mardi prochain une rédaction nouvelle propre à rallier tous les suffrages. Sans doute, c'est aux médecins qu'il appartient, dans chaque cas particulier, de prescrire les mesures prophylactiques et d'en surveiller l'exécution; mais, ainsi que l'a fait remarquer justement M. Trélat, il est bon, utile, indispensable même, dans bien des cas, qu'ils puissent s'appuyer sur une haute autorité, comme celle de l'Académie.

— Nous ne faisons que signaler ici l'intérêt de la communication de M. le professeur Renaut (de Lyon) sur la *Fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse*, communication qui montre à quelle thérapeutique éclairée, rationnelle et féconde on arrive en faisant converger vers ce but les données de l'anatomie et de la physiologie pathologiques et de la clinique. Nous publierons, dans le

prochain numéro de la GAZETTE, cet important travail de notre savant collaborateur.

— Il est d'observation banale, dans la pratique journalière, que le surmenage, à l'égal de toutes les causes déprimantes de l'organisme, accroît la réceptivité pour les maladies infectieuses. Il n'est pas mauvais cependant que les faits de ce genre, quelque indiscutés qu'ils soient, reçoivent une démonstration expérimentale. C'est ce qu'ont pensé MM. Charrin et Roger en communiquant à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE le résultat de recherches relatives à *l'influence de la fatigue, chez certains animaux, sur le développement des maladies microbiennes.* Cette influence varie de degré suivant les espèces animales; plus faible chez les chiens et les chats, elle est considérable et exerce de rapides effets chez les cobayes et les lapins. Les auteurs ont expérimenté sur des rats blancs, qui, sous ce rapport, tiennent le milieu. Inoculés à doses faibles et égales, soit avec la bactéridie charbonneuse, soit avec le bacille du charbon symptomatique, ces animaux ont été divisés en deux groupes: ceux du premier groupe ont été laissés au repos; ceux du second ont été soumis à un travail forcé. Ces derniers, sauf un, ont tous succombé. Tous les animaux du premier groupe ont survécu.

Les notions que confirment ces expériences sont bonnes à rappeler et à vulgariser en temps d'épidémie.

— L'azoospermie est une des formes de l'impuissance, ou plutôt de la stérilité virile. Elle a généralement pour cause un état cachectique, un vice d'organisation ou une dégénérescence des testicules ou des épididymes, dégénérescence qui se produit le plus fréquemment sous l'influence du cancer, de la tuberculose, de la syphilis. Dans le cas suivant, communiqué par M. Casper à la Société de médecine interne de Berlin, la syphilis était évidemment la cause de l'azoospermie, car la contre-épreuve a été fournie par le résultat du traitement spécifique, mais il a été impossible de constater une lésion locale d'origine syphilitique.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, fortement constitué, qui, marié depuis deux ans à une jeune femme florissante de santé, n'avait pas d'enfant. L'examen des organes génitaux des deux conjoints n'expliquait pas cette stérilité. Sauf une légère induration de l'épididyme gauche (suite d'une ancienne orchite blennorrhagique), le mari ne présentait rien d'anormal. Cependant la liqueur séminale fut trouvée privée de tout spermatozoïde.

Le sujet portait, dans le système ganglionnaire et à la partie postérieure du pharynx, des stigmates de la syphilis. Malgré l'absence de lésion spécifique locale, M. Casper attribua à la vérole la cause de l'azoospermie et institua un traitement antisyphilitique sévère. Trois mois après il découvrit dans le sperme cinq spermatozoïdes un peu paresseux; trois mois plus tard, il en trouva une vingtaine très vivaces, et la femme ne tarda pas à devenir enceinte. Nouvelle preuve de l'infection syphilitique du père, l'enfant dont elle accoucha portait des traces indéniables de syphilis héréditaire.

Les relations entre la syphilis et l'azoospermie ne sauraient donc, dans ce cas, faire l'objet du moindre doute. Mais comment la syphilis a-t-elle agi? M. Casper est disposé à croire qu'elle a exercé une action générale comparable à celle du morphinisme. Il rappelle que Rosenthal a vu deux fois l'azoospermie, produite et entretenue par le morphinisme, disparaître avec la cessation de l'usage de la morphine. M. Fürbringer penche plutôt pour une lésion testiculaire très légère, car, sur 200 cas d'azoospermie qu'il a observés, il n'en a vu aucun qui puisse justifier l'hypothèse d'une action toxique générale. Quoi qu'il en soit, le fait de M. Casper est intéressant parce qu'il montre que, en l'absence de lésion locale marquée, la syphilis peut entraîner l'azoospermie, et que celle-ci disparaît sous l'influence du traitement spécifique.

En se plaçant à un autre point de vue, et en se reportant aux signes de syphilis héréditaire, que dans le cas précédent, présentait l'enfant, il est permis de se demander si, en pareil cas et en l'absence de tout autre accident syphilitique, l'azoospermie doit être combattue ou respectée. Nous nous bornons à poser la question.

Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

L'ÉTAT SANITAIRE DES INDIGÈNES DE NOS COLONIES A L'EXPOSITION UNIVERSELLE. — On répète volontiers, parmi les gens du monde, que la cause première de l'épidémie actuelle doit être rapportée à l'affluence énorme des étrangers qui sont venus visiter l'Exposition. Et, parmi tous ces étrangers, ceux que l'on chargerait le plus volontiers sont les indigènes de nos colonies: Annamites, Tonkinois, Sénégalais, Congolais, Gabonais, Tahitiens, Canaques, etc., dont le séjour a été plus prolongé.

Cette opinion, il va sans dire, est une pure hypothèse, fruit d'un sophisme trop répandu (*post hoc, ergo propter hoc*), et qui, dans l'espèce, est démenti par les faits.

D'abord, la mortalité générale a été exceptionnellement faible, durant tout le temps de l'Exposition, malgré l'agglomération énorme de population, ce qui prouve que, au point de vue de l'hygiène publique, des mesures sages et rigoureuses avaient été prises.

En second lieu, les indigènes de nos colonies, grâce à ces mêmes mesures, n'ont payé qu'un tribut excessivement restreint, presque nul, à nos maladies endémo-épidémiques, sauf aux oreillons, qui ont atteint 68 Annamites, Sénégalais ou Canaques. Pendant la première période de leur séjour, les maladies communes, les affections *a frigore* (pneumonies franches, bronchites, angines, etc.), les réveils de l'impaludisme sous forme de symptômes graves pouvant faire croire tout d'abord à un état typhique, se sont montrés avec une certaine fréquence; puis l'acclimatement s'est fait et l'état sanitaire est devenu et est resté excellent. Ces braves indigènes, pas plus que les autres visiteurs de l'Exposition, ne sauraient donc être accusés d'avoir laissé des germes d'une maladie qu'ils n'avaient pas. En ce cas, d'ailleurs, l'épidémie aurait dû avoir son foyer primitif à Paris; or elle nous est venue de Russie.

Un fait plus intéressant se dégage de ce qui précède au point de vue de l'acclimatement des races africaines et indo-Chinoises dans nos pays tempérés. Cet acclimatement, quand on a soin de prendre toutes les mesures prophylactiques nécessaires et de modifier le moins possible les conditions ou habitudes de ces races en ce qui concerne l'habitat et l'alimentation, paraît un problème d'une solution possible, sinon facile. Sous ce rapport, les races indo-chinoises ont une aptitude plus grande que les races africaines.

∴

LE SIXIÈME CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — La ville de Montpellier s'apprête à célébrer, au mois de mai prochain, le sixième centenaire de son Université. La commission chargée d'organiser cette fête se compose de délégués des Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres, de l'Ecole supérieure

de pharmacie, de l'Académie des sciences et lettres, de l'Association générale des étudiants; des directeurs des quatre journaux quotidiens locaux, et d'un grand nombre de notabilités. Cette commission a pour présidents d'honneur le maire de Montpellier et le recteur d'Académie. La présence du président de la République est chose à peu près certaine. Des invitations seront adressées à toutes les Universités étrangères.

Montpellier, après Paris et Toulouse, possède la plus ancienne Université de France. C'est l'année dernière, en 1889, qu'aurait dû être célébré le sixième centenaire; mais, pour ne pas faire coïncider les fêtes avec celles du Centenaire de la Révolution, on les a d'un commun accord, renvoyées à cette année.

***

L'École de service de santé de la marine. — Le ministre de la marine a déposé sur le bureau de la Chambre des députés le projet de loi relatif à la création d'une école de médecine navale unique. Voici les quatre articles importants de ce projet.

Article premier. — Il est créé, près d'une Faculté de l'Etat, une Ecole de santé de la marine, dont le siège sera ultérieurement désigné par décret. Dans cette Ecole, les élèves accompliront les trois dernières années de leurs études médicales et l'intégralité des études pharmaceutiques.

Art. 2. — Cette Ecole a pour annexes trois succursales situées dans les ports militaires et où les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale suivent des cours de première année du doctorat en médecine.

Art. 3. — L'Ecole principale fonctionnera à partir du 1er novembre 1890.

Art. 4. — Les mesures relatives à l'admission des écoles de médecine navale et à l'organisation générale du service, seront réglées par décret présidentiel et par décision du ministre de la marine.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Dreyfous, médecin des hôpitaux de Paris; de M. le Dr Daniel Mollière, l'un des chirurgiens les plus distingués et le plus justement estimé de Lyon, et de M. le docteur Bornier, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

Nous avons encore à enregistrer la mort du savant physicien M. Hirn, correspondant de l'Académie des sciences, du professeur von Troelisch (de Wurzbourg), et du professeur Dusch (d'Heidelberg).

***

*Faculté de médecine de Paris.* — Dans sa séance de jeudi dernier, l'Assemblée des professeurs a réélu, pour trois ans, M. Brouardel, comme doyen, et M. Jaccoud, comme assesseur.

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Beille, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse, est nommé chef de culture du jardin botanique de la Faculté.

*Ecole de médecine d'Angers.* — M. le Dr Legludic, professeur de physiologie, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

*Ecole de médecine de Reims.* — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Reims.

*Ecole de médecine de Toulouse.* — M. le Dr Saint-Ange, professeur de pathologie interne et de pathologie générale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Bonnemaison, décédé.

M. le Dr André, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne et de pathologie générale, en remplacement de M. Saint-Ange, appelé à d'autres fonctions.

***

*Ecole de santé militaire.* — Le concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1890, s'ouvrira le 1er août prochain. Le registre d'inscriptions sera ouvert du 1er au 15 juillet, dans les préfectures de chaque département.

***

*Concours des médailles d'or de médecine et de chirurgie.* — Le concours de la médaille d'or de médecine s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Parmentier, médaille d'or ; Vaquez, médaille d'argent ; Nicolle, mention honorable.

Le concours de la médaille de chirurgie s'était terminé auparavant par les nominations de MM. Rieffel, médaille d'or ; Jonnesco, médaille d'argent.

***

*Première session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* — La première session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, pour l'année 1890, aura lieu les jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 avril, de 9 à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Envoyer les titres des communications à M. le Dr E. Vidal, secrétaire général, 65, rue d'Anjou, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

*Thèses soutenues pendant les mois de novembre et décembre*
(Année scolaire 1889-90).

Lafaye. — Etude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles.

Lespinasse. — Contribution à l'étude des onychomycoses tricophytique et favique et de la pelade unguéale.

Vielle. — Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique.

Giraud. — Etude sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule.

Labougle. — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main.

Bourquedieu. — Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15e dragons à Libourne.

Boursiac. — Des démangeaisons apparaissant sans lésions cutanées. — Des démangeaisons d'origine nerveuse en particulier.

Loüet. — Des anomalies des organes génitaux chez les dénérés.

Lescure. — Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques.

Ducuron. — Contribution à l'étude du traitement des imperforations ano-rectales. — De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée.

Robert. — Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Manuel de physique médicale* à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, par Julien Lefèvre, agrégé des sciences physiques, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, professeur à l'Ecole des sciences de Nantes. In-16 de 566 pages, avec 453 figures (dont une en couleurs). 6 fr. — Asselin et Houzeau, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

*Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales*, par le professeur Simon Duplay. In-18 de 168 pages, avec 36 figures dans le texte, 2 fr. — Asselin et Houzeau, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine.

*Guide pratique de l'analyse des urines*, par S. Laache, médecin en chef de la clinique propédeutique au « Rigshopitalet », à Christiania. Traduit de l'allemand par X. Francotte, chargé de cours à l'Université de Liège. Seconde édition française, avec 26 gravures sur bois. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1889.

*Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin* (nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus), par Paul Dumoret, ancien interne des hôpitaux de Paris. Avec 8 figures dans le texte. — Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, et chez E. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1889.

*La curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical*, étude anatomo-pathologique et clinique, par Théodore Heryng, ouvrage traduit de l'allemand avec annotations par le docteur N. Schiffers (de Liège). 1 vol. in-8° de 192 pages avec 3 planches lithographiées, 7 fr. — Librairie G. Carré et Cie, 58, rue Saint-André-des-Arts et librairie Manceaux, à Bruxelles, imprimerie H. Vaillant-Carmanne, à Liège.

*Leçons sur l'hystéro-trumatisme*, par le professeur J. Grasset, recueillies et publiées par M. L. Bourguet, interne des hôpitaux. Une brochure in-8° de 37 pages, 1 fr. 50. — Librairie Camille Coulet à Montpellier et Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

*Tuberculose infantile et localisations cérébrales*: Trois cas de tuberculose infantile, dont l'un est confirmatif de la doctrine des localisations cérébrales. Observations et autopsies par A. Ducamps interne des hôpitaux de Montpellier. Une brochure in-8° de 21 pages avec une planche double hors texte. — Typographie Ch. Boehm, éditeur à Montpellier.

— *Du classement des établissements hospitaliers*, par le Dr G. Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 vol. in-8° de 143 pages, 2 fr. 90. — Librairie G. Masson, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

*La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine*, traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine, par le docteur Constantin Schmidt. Un vol. in-12 de 102 pages, 2 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 JANVIER 1890.

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine. 3. — Coqueluche, 16. — Diphtérie, cronp, 20. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 282. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs cancéreuses, 34. — Autres, 4. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 78. — Bronchite aiguë, 71. — Bronchite chronique, 95. — Broncho-pneumonie, 74. — Pneumonie, 193 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 10 — Biberon, 25. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 42. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 315. — Causes inconnues, 18. — Total : 1493.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE MÉDICALE

### SUR LA FAUSSE IMPERMÉABILITÉ DE CERTAINS REINS BRIGHTIQUES ET LA THÉRAPEUTIQUE DE L'URÉMIE COMATEUSE (1),

Par M. RENAUT (de Lyon), correspondant national.

Nous poursuivons, mon ami Albert Robin et moi, une série de questions relatives à la pathologie rénale, et en particulier aux insuffisances rénales des divers ordres. Dans cette communication, qui en ouvre une série d'autres, faites par l'un et l'autre de nous, je me propose d'appeler l'attention de l'Académie sur certains faits, dont les uns sont encore ignorés, les autres peu connus, et qui me paraissent de toute importance au point de vue de la pathogénie et du traitement des insuffisances rénales.

I. — *Petit nombre des glomérules altérés dans la néphrite interstitielle vulgaire.*

Dans la majorité des reins altérés par les néphrites chroniques interstitielles à marche lente, dont la néphrite goutteuse et la néphrite sénile sont les types, et même dans beaucoup de reins atteints de néphrite mixte, le nombre des systèmes glomérulaires lésés ou détruits reste insignifiant par rapport à ceux qui ont conservé leur pleine intégrité. (J'entends ici, par *système glomérulaire*, le glomérule et les canaux à épithélium strié qui lui font suite, jusqu'au rayon médullaire où commencent les voies de pure excrétion.)

On arrive aisément à cette conviction quand, au lieu de fixer les fragments du rein qu'on veut examiner avec l'alcool fort, on emploie pour cela les méthodes qui ménagent l'épithélium strié des tubes contournés, les globules rouges du sang, et qui permettent d'obtenir ensuite les élections convenables du protoplasma, de la graisse, de la chromatine des noyaux, de l'hémoglobine, etc. (1).

(1) Cette communication a été lue, à l'Académie de médecine, en l'absence de M. Renaut, par M. Albert Robin.

(1) Tout fragment fixé par l'alcool fort présente des épithéliums striés absolument altérés et méconnaissables, quand bien même il serait tout à fait sain. Avec cette méthode, il est donc impossible de faire, dans un rein malade ou soupçonné tel, le départ entre les parties saines et les parties malades de l'épithélium rénal au niveau du labyrinthe.

La seule méthode qui mette à l'abri des erreurs est celle qui consiste à fixer une partie des fragments qu'on veut examiner, d'abord pendant une ou deux heures par les vapeurs d'acide osmique en solution à 1 p. 100, puis par le bichromate d'ammoniaque à 2 p. 100; et une autre série de fragments directement dans le dernier de ces deux réactifs, ou, à la rigueur, dans le liquide de Müller. Au bout de quelques semaines, on peut alors examiner, pour la topographie, après avoir achevé le durcissement, par la gomme et l'alcool; pour l'analyse, sur des coupes faites directement au sortir du bichromate à 2 p. 100. On colore avec l'éosine hématoxylique, ou avec le carmin aluné et l'éosine; et l'on monte les préparations dans la glycérine ou dans la résine Dammar, après

## FEUILLETON

### ETUDES DE MEDECINE MILITAIRE.

*(Suite)* (1).

« Une école de Lyon, parfait; mais il nous faut une école du « service de santé de la Marine » tel est le thème qu'avec des accents divers les maires de Marseille et de Bordeaux viennent, en prenant des airs maritimes et en marchant les jambes larges, développer au ministère de la rue Royale, le sixième port, comme on dit, dans les cinq autres.

Chacun d'eux fait montre de ses offres réelles et des « espérances », Montpellier, un *terrien*, s'est mis aussi sur les rangs, mais les deux autres, qui sont du bâtiment, s'efforcent de le couler. La lutte sera vive.

Marseille a la *merr*, c'est incontestable, mais Bordeaux a la rivière.

(1) Voir le numéro précédent.

Il a balancé Lyon de très près, on lui doit une compensation et peut-être aussi la Faculté a-t-elle des noms d'une autorité scientifique plus haute; en outre il est plus rapproché de quatre de nos ports et de leurs écoles préparatoires qui, bien que la question ait fait couler beaucoup d'encre dans la marine, paraissent devoir être conservées à bon droit. Nous faisons des ex-voto pour que nos savants confrères de la marine aient leur école, leur Strasbourg qui donnera la camaderie de promotion avec plus d'homogénéité d'origine et d'enseignement au Corps si distingué qui a déjà produit Roux, Le Roy de Méricourt, Fonssagrives, J. Rochard, les Gestin, etc.

III

Notre corps de médecins de la Réserve et de l'Armée territoriale a peut-être encore un livre d'or de noms plus numériquement illustres, surtout depuis qu'il immatricule tous les docteurs de France jusqu'à 45 ans, mais son avancement est capricieux.

En 1889 il y a eu exactement 139 nominations ou promotions de médecins de réserve, 300 de territoriale, mais la plupart de ces quadragénaires sont promus aide-major de 1re classe. Ce sont de

Le corollaire immédiat du fait que je viens d'énoncer est que la plupart des reins des brightiques interstitiels morts d'urémie constituaient encore des organes parfaitement capables de satisfaire aux besoins de la dépuration du sang. Celle-ci, en effet, ne périclite même pas un instant quand on enlève un rein, c'est-à-dire la moitié des systèmes glomérulaires, c'est-à-dire encore la moitié des filtres élémentaires que possède l'économie. Or, sauf dans les cas très exceptionnels d'atrophie complète de l'écorce par des pierres, des tubercules massifs du rein ou l'hydronéphrose, on ne trouve pour ainsi dire jamais, chez les interstitiels, un glomérule sur deux ayant subi l'atrophie. La cause de l'insuffisance rénale chez eux doit donc être cherchée ailleurs que dans la restriction du champ de filtration glomérulaire.

**II. — *Rôle des phénomènes congestifs dans l'annulation du rein. L'œdème anémique.***

Si, dans les reins des interstitiels morts d'urémie, les glomérules sains sont presque toujours deux ou même trois fois plus nombreux que les glomérules altérés, il est, par contre, un ordre de lésions qui ne manque jamais : ce sont les lésions congestives. Je ne reviendrai pas ici sur l'œdème aigu congestif, tel qu'il existe dans la néphrite scarlatineuse, ni sur la congestion passive et sur l'œdème aigu catarrhal, que j'ai définis il y a déjà nombre d'années (1); la lumière est faite sur la façon dont ils produisent l'insuffisance, ou plus fréquemment encore l'annulation brusque de la filtration de l'urine. Je veux insister maintenant sur une lésion absolument fréquente dans les reins brightiques, mal on point décrite jusqu'à présent, importante pourtant entre toutes, et que j'appellerai l'*œdème anémique*.

J'ai déjà désigné, sous ce nom, une lésion qu'en dermatologie chacun connaît : celle de l'urticaire. On sait que la papule d'urticaire est le résultat d'un œdème congestif aigu, s'opérant dans un tissu inextensible, le derme. Quand le liquide de l'œdème, exsudé sous pression, a acquis une tension suffisante pour contre-balancer celle du sang dans les vaisseaux, il les aplatit et les rend exsangues : d'où l'aspect bien connu du centre de la papule ortiée. Or, en cas d'œdème congestif subit et intense, les choses ne se passent pas autrement dans le parenchyme cortical du rein que dans le derme. Il est facile à la fois de le constater directement et de s'en rendre un compte exact en se rapportant à la structure aujourd'hui bien connue du lobule rénal.

Chacun sait que le parenchyme cortical du rein ne renferme pas d'espèces conjonctives développables. Les glomérules, les tubes contournés, les vaisseaux capillaires occupant les intervalles des tubes sont unis entre eux et séparés les uns des autres par des travées qu'aucun procédé de technique histologique ne saurait développer ni dissocier en faisceaux connectifs isolés les uns des autres. Le tissu conjonctif fasciculé n'existe qu'au centre du lobule rénal, formant entre les rayons médullaires ce que j'ai appelé la *tige connective centro-lobulaire*; et à la périphérie du lobule, où il forme le système des *bandes marginales périlobulaires*, satellites des artères et des veines interlobulaires.

De ces bandes marginales, partent des expansions ou bandelettes très délicates, satellites des artérioles afférentes des glomérules, et formant le pédicule des glomérules eux-mêmes, à l'entour de chacun desquels elles se résolvent en un système de lamelles connectives peu nombreuses, doublant la capsule du glomérule. Ce sont là les seules voies de la lymphe, les seuls points où le liquide de l'œdème congestif vient s'accumuler. Le labyrinthe rénal proprement dit n'est susceptible d'aucune extension. Il en résulte qu'à ce niveau le liquide de l'œdème est obligé, pour prendre place, de passer directement dans les tubes contournés, qu'on trouve alors comme injectés par des cylindres albumineux ou des globules blancs.

La disposition du tissu conjonctif à la périphérie du lobule donne la clef des effets produits par un coup d'œdème congestif *subit et intense* s'opérant dans le rein. Que celui-ci soit d'ailleurs préalablement sain ou malade, il importe peu. Dès que l'œdème congestif a acquis un certain degré d'intensité, le liquide exsudé, résultant soit de la transsudation pure et simple, soit de la diapédèse, s'accumule dans les parties du lobule qui sont les seules développables : c'est-à-dire au centre, le long des rayons médullaires ; à la périphérie, autour des

avoir traité par l'alcool absolu et successivement par l'essence de girofle et de bergamote. Si l'on avait toujours opéré ainsi, on aurait certainement moins décrit de néphrites diffuses.

(1) Thèse inaugurale de mon élève et mon ami Hortolès. *Etude sur le processus histologique des néphrites* (Thèse de Montpellier, 1881).

jeunes lieutenants. Ils restaient autrefois jeunes sous-lieutenants toute la vie. Le directeur X..., on s'en souvient, retenait bas officiers, comme par un vague esprit de revanche, les professeurs de la Faculté, les agrégés professeurs d'écoles secondaires, chefs de clinique et tout homme de concours.

Ne pouvant diminuer ces lauréats, il diminuait leur habit. Pour lui, dont on n'avait à peu près grandi que l'habit, tout était là.

M. Léon Le Fort et moi nous nous élevâmes, il y a deux ans, contre ces représailles de tailleur militaire, et de fait ce supérieur fut rendu avec ses ciseaux à des fonctions plus inférieures. Il paraîtrait que sa supériorité ne s'en est pas mieux accommodée, puisque, par décision récente du 19 décembre, on vient de lui adjoindre un médecin principal de doublure, ce qui ne s'est pas fait pour les 6e et 15e corps frontière et d'autre initiative éventuelle.

C'eût été plus indiqué là-bas, mais il y avait ici des indications d'un autre ordre.

***

Bref le directeur actuel, Dujardin-Beaumetz, arrivé après ce dérèglement d'avancement, a remédié en partie au décousu et fait quelques reprises heureuses ; il se propose, nous écrit-on, de bannir tout l'arbitraire antérieur.

Ceci est d'autant plus correct de lui que c'est une abdication partielle bien voulue et une vraie descente du pouvoir. Il serait bon toutefois qu'on s'éloignât un peu du règlement du 3 décembre dernier, sur l'organisation du cadre auxiliaire des officiers d'administration des hôpitaux. Là, en effet, pour les grades inférieurs le choix est immense, on est tout à la joie, mais pour la 1re classe et le principalat, « la tête » finit un peu en queue de poisson, un seul tour à l'avancement, quatre aux retraités.

Les retraités par limite d'âge « à l'oreille fendue » seraient pour les médecins, des principaux oscillant entre 61 et 65 ans d'âge ; je veux bien qu'ils aient été l'objet d'un choix bien choisi et qu'ils possèdent un stock, un poids d'expérience de 40 et quelques années de service.

Encore leur faut-il des jambes pour porter ce poids-là.

Et je ne vois pas bien ces papas trottant à la suite des corps d'armées et divisions, pendant l'hiver qui suivra la déclaration d'une guerre, qui ne saurait être courte, avec de si longues colonnes de munitions et de millions d'hommes.

artérioles afférentes et des glomérules. Ce qui se passe dans la papule d'urticaire arrive également ici. Le liquide de l'œdème acquiert rapidement une pression suffisante pour aplatir et oblitérer les vaisseaux sanguins par contre-pression. Les glomérules, sains ou malades, ne reçoivent dès lors pas plus de sang que le centre anémique et blanc d'une papule ortiée ; la sécrétion s'arrête net. Et, si le processus est généralisé dans toute l'écorce d'un rein, ce dernier est annulé et l'urémie se produit.

L'observation suivante, prise pour exemple parmi un grand nombre que je possède, fixera les idées à ce sujet et mettra en outre en lumière deux faits d'une grande importance.

Obs. I. — Laub... (Antoine), âgé de 59 ans, ancien sous-officier, puis garçon de recettes dans une banque, entre le 30 juin 1889, dans mon service de l'hospice du Perron. Le diagnostic porté à son entrée est *péri-encéphalite diffuse*, d'origine probablement alcoolique.

Je passe sur les détails de l'observation relatifs à la péri-encéphalite, et fais seulement remarquer qu'au début de notre examen les urines du malade renfermaient des traces insignifiantes d'albumine.

Le 20 septembre au matin, Laub..., est brusquement pris d'un accès formidable de dyspnée, qu'aucune lésion pulmonaire ni cardiaque ne peut justifier. A partir de ce moment, il perd connaissance et présente jusqu'à sa mort, survenue le 23, l'apparence exacte d'un individu atteint d'urémie comateuse avec respiration de Cheyne-Stokes, et diminution considérable dans l'émission des urines. Celles-ci, examinées encore à ce moment, *ne renferment pas d'albumine.*

A l'autopsie, on trouve un énorme épanchement séreux dans les ventricules ; une symphyse complète de la pie-mère avec les circonvolutions cérébrales ; des adhérences des méninges à la voûte du crâne, et à leur niveau des plaques ossiformes ; rien au poumon, aucune affection valvulaire ; mais de l'athérome aortique et des lésions congestives remarquables des reins.

A l'œil nu, ceux-ci sont énormément congestionnés, uniformément violets à la coupe. Les deux substances ne se distinguent pas. Sur leurs limites, on voit des festons vasculaires d'un violet foncé : ce sont les arcs veineux de distribution, gorgés de sang noir. Le réseau des bassinets est aussi énormément développé ; *la capsule n'adhère en aucun point* à la substance corticale.

L'examen histologique montre cependant que, dans toute l'écorce, les lobules rénaux sont exangues, tout aussi bien dans les réseaux vasculaires des glomérules que dans les réseaux intertubulaires du labyrinthe dont l'épithélium à bâtonnets est parfaitement sain. Les glomérules ne renferment que des globules blancs et de la fibrine granuleuse, exactement comme il arrive dans la néphrite scarlatineuse. Les tubes excréteurs ou rayons médullaires des lobules, les anses larges des tubes de Henle, montrent un épithélium bouleversé, mélangé de globules blancs qui y ont pénétré par diapédèse. Les travées intertubulaires ne montrent plus de lumière de vaisseaux : ce sont des bandes claires et larges, gonflées par le plasma de l'œdème qui a effacé leurs vaisseaux. Le pédicule de certaines glomérules montre çà et là des amas de globules blancs : cellules migratrices qui ont aplati et fermé l'artériole afférente en prenant place à son entour.

Inversement, toute la périphérie des lobules est le siège d'une énorme congestion vasculaire *qui atteint son maximum sous la capsule fibreuse*, enveloppant chaque lobule comme d'une calotte. Là, *les vaisseaux sanguins d'ordre veineux se continuent avec ceux de la capsule fibreuse*, pour former une injection admirable, qui se poursuit sur la périphérie du rein, au-dessous de la capsule.

Les espaces interlobulaires du tissu conjonctif sont élargis comme dans un rein hydrotomisé. Les veines interlobulaires sont énormes, pleines de sang. Beaucoup d'artères interlobulaires sont aussi pleines de sang, et presque aussi distendues que les veines.

Or, en fait de lésions antérieures, on ne trouve que quelques globules ayant subi, surtout au voisinage de la capsule, l'atrophie fibreuse et entourés de petit îlots de tissu conjonctif. Les 95 p. 100 des systèmes glomérulaires sont sains dans chaque lobule. Bref, il n'y a ici que des lésions absolument minimes, et si discrètes par rapport au parenchyme resté sain, qu'en aucune façon elles ne pouvaient avoir créé par elles-mêmes l'insuffisance rénale.

III. — *Cause bulbo-cérébrale de l'œdème anémique du rein.*

Quel était donc, dès lors, le point de départ de cet œdème brusque, qui, par contre-pression exercée sur leurs pédicules, avait ainsi annulé net la circulation des glomérules de l'écorce?

***

Ah ! si on leur réserve une magistrature assise et des fonctions de fauteuil, une garde nationale médicale, parfait ! mais il faut regarder sérieusement l'avenir sérieux et se garder de « médecins-papier ».

Toujours est-il que le désir de soustraire les médecins qui ne sont pas « actifs » à des postulations, génuflexions, demandes, cédules et apostilles, est des plus louables, il faut décourager la quémande d'être « proposé » et désinfluencer les influences (1).

On me cite un certain nombre d'abus d'ancienne souche subis de tradition presque en vertu de l'*abusus facit legem.* Ainsi il y a dans le gouvernement de Paris 27 pharmaciens militaires sur 130 à peu près, un quart de l'effectif total.

Il y en a 5 au seul hôpital du Gros Caillou.

(1) Ceci était écrit quand a paru le 27 décembre le règlement progressiste de l'avancement de nos distingués confrères de réserve et de l'armée territoriale ; ses 16 articles ne réglementent pas le passage au principalat et la question reste entière pour la constitution de « la tête ».

Il est évident que cette forte partie de pharmaciens date de l'époque où l'intendance avait la signature des commandatures médicales et réservait de bonnes officines à ses officieux amis. Cet abus suivant la formule de l'intendance semble s'être conservé depuis dans l'alcool, bien qu'il ne paraisse pas d'une justesse de balance de précision ; car en suivant la proportionnalité de notre armée-sœur, les 1320 médecins militaires devraient voir 300 de leurs camarades habiter Paris, avec solde de Paris bon gîte et le reste de Paris.

***

Il y a lieu de diminuer ces laborieux du vin de quinquina, ceux qu'un inspecteur défunt appelait plaisamment les *Travailleurs de l'amer.*

On a déjà diminué bien d'autres choses, et avec raison. La liste des travaux honorés de mentions honorables, en 1888, ne comporte plus un seul rapport d'inspection médicale et il n'y en a que 2 de vaccinations et revaccinations opérées, etc., lesquels ont une contenance timide et effacée, tandis qu'en 1878, à la bonne époque, la liste des médecins et pharmaciens ayant produit les meilleurs travaux scientifiques, comprenait sur 73 manuscrits (de la main de

Je n'ai pu la rapporter, dans ce cas (et comme on le verra dans une série d'autres), qu'à une action neuro-paralytique, partie du cerveau et du bulbe excités par l'œdème aigu dont ils étaient devenus eux-mêmes le siège. Je considère, par suite, l'œdème congestif et intense du rein presque entièrement sain comme s'étant ici développé par le mécanisme d'un réflexe parti des centres nerveux encéphaliques.

Par une série d'observations analogues, j'ai pu d'ailleurs me convaincre que : *le rein, sain ou à peu près, peut être rapidement annulé par un coup d'œdème, commandé par le système bulbo-cérébral.*

(*A suivre*).

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — La valeur pratique des dérivés de la phénylhydrazine employés comme fébrifuges, par le Dr Heinz. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 3, page 47.

II. — Recherches expérimentales sur le mécanisme d'action de quelques médicaments qui abaissent la température corporelle, par le Dr R. Gottlieb. *Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, T. XXVI fasc. 5 et 6, p. 419, 1890.

III. — L'hydrastinine, un dérivé de l'hydrastine ; son emploi contre les hémorrhagies de l'utérus, par le Dr Falk. *Therapeutische Monatshefte*, janvier 1890, p. 19.

IV. — Recherches cliniques sur l'action diurétique de la théobromine, par le Dr Gram. *Ibidem*, p. 10.

I. — Les recherches de A. Heinz sont du même ordre que celles dont j'ai rendu compte à cette place, dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette médicale* (n° 3, p. 30.). Il s'agit de la valeur pratique d'un certain nombre de dérivés de la phénylhydrazine, employés comme fébrifuges : la théorie nous fait entrevoir dans ces corps de puissants antipyrétiques ; mais ceux qui ont fait jusqu'ici l'objet d'expériences cliniques se sont révélés avec une toxicité telle qu'il est impossible de les faire servir au traitement des malades fébriles chez l'homme. Les recherches de Heinz n'ont pas donné d'autres résultats.

*Acétylphénylhydrazine.* — Ce corps possède un pouvoir réducteur moindre que la phénylhydrazine, mais assez prononcé néanmoins. Les expériences faites sur l'homme ont démontré que l'acétylphénylhydrazine, à la dose de 15 centigrammes, est douée de propriétés antipyrétiques bien manifestes, mais qu'à cette dose elle altère les globules rouges du sang.

*Diacétylphénylhydrazine.* — Ce corps réduit la liqueur de Fehling beaucoup moins énergiquement que ne le fait la phénylhydrazine, et il est aussi moins toxique que cette dernière. Mais encore, sa toxicité est-elle assez considérable pour qu'il ne puisse pas être utilisé en thérapeutique.

*Monobenzoétylphénylhydrazine a, éthylène-phénylhydrazine a, et acide éthylène-phénylhydrazine-succinique.* Ces substances sont également des poisons du sang trop énergiques pour qu'on puisse songer à les utiliser comme médicaments. Chez des lapins, à la dose de 2 décigrammes, ces corps produisent la désorganisation des globules rouges, un changement de coloration du sang, de l'hématurie, des hémorrhagies pulmonaires et gastriques, la coloration des organes en brun par suite d'un dépôt de matière colorante du sang.

La *méthylphénylhydrazine* symétrique possède une toxicité à peu près égale à celle de l'acétyléthylphénylhydrazine.

*Acétylphénylcarbizine* et *acéthylphénylsulfocarbizine.* — Pour les substances énumérées ci-dessus il s'est fait voir que la toxicité ne dépend pas exclusivement de l'énergie de leur pouvoir réducteur ; cette toxicité va en décroissant au fur et à mesure qu'un plus grand nombre d'atomes d'hydrogène sont remplacées par des radicaux organiques. La question se posait dès lors de savoir s'il n'existe point de dérivé de la phénylhydrazine, réalisant la substitution de radicaux organiques à tous les atomes d'hydrogène, et par cela même dépourvu de toxicité ou à peu près. Jusqu'ici on n'a pas pu obtenir un corps de cette nature. Mais il existe d'autres substances provenant de la phénylhydrazine, qui ne renferment point d'hydrogène pur ; ainsi :

$$\text{l'acétylphénylcarbizine } CO \left\langle \begin{array}{l} AzC^6H^5 \\ AzCH^3\,CO \end{array} \right.$$

et l'acétylphénylsulfocarbizine $CS\ Az\ C^6H^5$

décrits par M. Freund et B. Goldsmith (in *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, T. XXI, p. 2456.). Les expériences faites avec ces deux corps, sur des animaux à sang froid et sur des mammifères, n'ont pas justifié les pré-

---

quelque fourrier, malade à l'infirmerie, qu'on « maintenait » pour la mise au net) 35 rapports d'inspection médicale, presque la moitié. Ces travaux mécaniques à cadres paragraphes et tiroirs bien indiqués décrivaient en belle ronde les locaux d'infirmeries, prisons et cantines du 201e régiment de ligne et on grandissait bien vite ces états de casernement en travaux d'Hercule.

Cela paraît incohérent, eh bien, non, cela servait à surnoter les travailleurs de choix de ces travaux descriptifs qui n'en eussent pas fait d'autres et à les porter au choix — au Tableau.

***

On se passe aujourd'hui de ces poètes, il y a bien d'autres publications et d'autres livres. Après ceux de Kelsch et Kiéner, de Delorme, sur un mode mineur de vulgarisation, il vient de paraître, chez Baillière, la *Vie du soldat au point de vue de l'hygiène* par le médecin major Ravenez. C'est un de ces ouvrages lisibles par tous qui, comme ceux d'Arnould, Morache, Viry, et peut-être l'un des nôtres, ont peu à peu semé chez les chefs de corps et officiers de tous grades des notions d'hygiène se résolvant en ce double bénéfice d'un souci plus grand du soldat et d'une considération des médecins militaires plus haute.

Toutefois l'auteur n'est pas d'accord avec nous sur l'action vitale de l'eau-de-vie, qu'en 1876, il y a 15 ans, nous nous refusions à trouver d'hygiène inattaquable « parce qu'elle était distribuée ».

« Chassagne et Debrousse disent que l'alcool est la fausse monnaie du courage, nous nous permettrons de dire que c'est en maintes circonstances l'avoine de l'homme de guerre. » (1) p. 175.

Diable, voici une image hardie ; l'avoine de l'homme de guerre.

C'est terriblement flatteur pour le cheval et même pour de moins nobles conquêtes de l'homme ; il nous paraît ressortir de cette envolée d'expression, que l'écrivain, qui est à Saumur, a voulu avec une couleur locale louable, lier solidement l'homme à sa monture en leur donnant une assiette commune et peindre le cavalier comme nous le voudrions nous-même, le plus possible centaure,

Et sans reproche.

Dr Chassagne.

visions de Heinz. Les deux corps en question altèrent les globules rouges à des doses auxquelles ils ne manifestent aucune action sur le système nerveux et les autres appareils.

M. Heinz conclut : Que tous les dérivés de la phénylhydrazine, expérimentés jusqu'alors, sont également impropres à être utilisés en thérapeutique, en qualité de nervins ou d'antipyrétiques.

IV. — Les recherches de Gottlieb ont eu pour objet l'étude du mécanisme d'action de quelques médicaments antipyrétiques. Voici l'exposé sommaire des résultats de ces recherches :

L'antipyrine, et la morphine administrée à petites doses, insuffisantes pour produire des effets narcotiques, déterminent, chez le lapin, un abaissement considérable de la température corporelle, aussi bien quand celle-ci est normale, que lorsque elle se trouve élevée au-dessus de son niveau physiologique à la suite de la piqûre du cerveau en un lieu d'élection correspondant à l'angle compris entre la suture sagitale et la suture coronaire.

Cet abaissement de température reconnaît pour cause une action paralysatrice, exercée par les deux substances en question, sur les centres nerveux encéphaliques dont l'excitation, lors de la piqûre du cerveau, détermine une élévation de la température corporelle.

Il est peu vraisemblable d'admettre que la morphine à si petites doses et que l'antipyrine diminuent l'intensité des échanges nutritifs dans les organes, car la morphine n'est pas un poison du protoplasma.

L'élévation de la température corporelle, qu'entraîne la piqûre du cerveau au lieu d'élection, ainsi que l'abaissement de température produit par de petites doses de morphine et d'antipyrine paraissent donc être des conséquences d'une action exercée sur des centres nerveux, lesquels, lors de la piqûre du cerveau, interviennent soit pour restreindre la déperdition de chaleur, soit pour activer le calorification, soit pour produire les deux effets en même temps ; sous l'influence de la morphine et de l'antipyrine ces centres interviendraient pour produire les effets inverses.

Quand on fait séjourner dans une caisse, à l'intérieur de laquelle règne une température de 31 à 32° C, d'une part des lapins placés dont des conditions absolument normales, d'autre part des lapins auxquels on a incorporé de 1 à 2 centigrammes de morphine, ou 0gr.50 d'antipyrine, on constate que chez les animaux des deux catégories, la température corporelle se maintient entre des limites peu étendues et très voisines du degré normal. Or les animaux sont placés dans des conditions qui réduisent la déperdition de calorique à son minimum. Il s'en suit que chez eux, la régularisation de la température interne doit s'établir en vertu d'une diminution de la calorification, et que cette régularisation n'est pas entravée par de petites doses de morphine ou d'antipyrine.

Des lapins empoisonnés par des doses de morphine suffisantes pour produire la narcose ou par des doses relativement élevées d'antipyrine, ne sont plus à même de maintenir leur température interne au niveau physiologique, lorsqu'on les fait séjourner dans une atmosphère dont la température est de 31°-32°. Il semble donc que l'animal n'est plus en état de limiter dans une mesure convenable la production de calorique.

D'après cela, de petites doses de morphine et d'antipyrine troublent la régularisation de la température interne en paralysant certains territoires cérébraux qui tiennent sous leur dépendance la déperdition de la chaleur animale, laquelle se trouve augmentée. De fortes doses de ces mêmes poisons ont en outre pour effet de supprimer l'influence retardatrice qu'une élévation de la température du milieu ambiant exerce sur la calorification.

Ce dernier résultat fait défaut chez des lapins qu'on empoisonne avec l'uréthane, même à la dose de 1 gramme. Pareille chose s'observe avec le sulfate de quinine administrée à la dose de 20 centigrammes. Et comme à cette dose, la quinine n'exerce qu'une influence minime sur l'élévation de la température interne produite par la piqûre du cerveau, il y a tout lieu de croire que les effets antipyrétiques de cet alcaloïde ne sont pas en rapport avec une action exercée sur les centres nerveux régulateurs de la température interne, que la quinine abaisse la température interne en restreignant les échanges nutritifs.

L'acide salicylique, par contre, paraît influencer les appareils nerveux régulateurs de la température, mais dans une proportion bien moindre que ne le fait l'antipyrine.

III. — L'hydrastinine est un produit d'oxydation de l'hydrastine, principe actif de l'hydrastis canadensis ; en s'oxydant, l'hydrastine se dédouble en une base, l'hydrastinine, et en un acide, l'acide opianique.

A l'état pur, l'hydrastinine se présente sous l'aspect d'une substance absolument blanche, très soluble dans l'alcool, dans l'éther et dans le chloroforme, mais peu dans l'eau, même à chaud. Avec la plupart des acides elle forme des sels très solubles dans l'eau, et cela s'applique notamment au chlorhydrate.

Chez les grenouilles, l'hydrastinine développe une paralysie motrice d'origine centrale, sans toucher à la sensibilité ni au pouvoir excito-moteur ; elle excite le cœur, sans provoquer l'arrêt de cet organe, même à fortes doses. Chez les animaux à sang chaud, l'action toxique de l'hydrastinine se traduit également par de la paralysie motrice ; on observe en outre des effets vaso-constrictifs très prononcés, et, consécutivement, un accroissement de la pression sanguine, ainsi qu'un ralentissement du pouls, dû à une excitation centrale du nerf vague. Quand l'hydrastinine est administrée à doses mortelles, la mort est due à une paralysie du centre respiratoire.

Des expériences ont été faites chez 26 femmes, pour étudier l'action hémostatique du chlorhydrate d'hydrastinine sous des cas de métrorrhagies. Le médicament était injecté dans la peau, à l'état de solution aqueuse à 5 ou 10 0/0. Ces injections n'ont jamais produit de réaction violente, ni de suppuration, Quelquefois il s'en est suivi une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, mais une infiltration indolente. De plus, aussitôt après l'injection, les malades éprouvent une sensation de brûlure, qui est toutefois bien plus tolérable que celle que développent les injections d'ergotine.

Ont été traités par les injections sous-cutanées d'hydrastinine : des cas de métrorrhagie et de ménorrhagie sans lésion organique appréciable des organes génitaux, puis, des métrorrhagies en rapport avec une métrite ou une endométrite, ou avec une pyosalpingite, enfin une série de cas de myômes utérins. Les résultats ont été très satisfaisants dans sept cas de métrorrhagie sans lésion organique, dans deux de pyosalpingite. Dans cinq cas de métrorrhagies en rapport avec une endométrite hyperplastique simple, le résultat s'est traduit par une amélioration bien franche, qui persista longtemps après la cessation du traitement. Dans les cas de myômes, les résultats ont été particulièrement bons ; après un petit nombre d'injections on arrêtait des hémorrhagies qui, précédemment, avaient une durée de 4 à 8 semaines, et qui avaient résisté l'emploi de l'ergotine ; 4 fois seulement sur 26, la médication.

a échoué. Dans deux cas d'hémorrhagie ovarienne, chez des hystériques, la médication a également entraîné des échecs.

Relativement à la direction du traitement, Falk mentionne que dans la plupart des cas les injections ont été faites pendant la durée de l'hémorrhagie, mais que les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de dysménorrhée congestive alors que les injections étaient faites 6 à 8 jours avant l'époque menstruelle présumée.

L'hydrastinine est d'un prix de revient relativement élevé, inconvénient qui est atténué par la faiblesse des doses nécessaires pour obtenir les effets hémostatiques voulus.

IV. — La matière médicale est encore pauvre en diurétiques vrais, en substances médicamenteuses qui activent la diurèse à la faveur d'une action directe exercée sur l'élément sécréteur des reins, sur l'épithélium. Les types du genre sont la caféine et la théobromine.

La théobromine a été peu étudiée jusqu'ici et n'a donné lieu qu'à des applications thérapeutiques très restreintes. Les expériences faites avec ce médicament, à l'hôpital communal de Copenhague, par M. Gram, autorisent à supposer que la théobromine est digne d'un sort meilleur. Cette substance avait à son désavantage d'abord un prix de revient assez élevé, puis son défaut de solubilité dans l'eau, et son peu d'aptitude à la résorption. Or, on trouve aujourd'hui dans le commerce de la droguerie, de la théobromine dix fois moins chère qu'il y a quelques années. On trouve de plus un sel double, le salicylate de soude et de théobromine, soluble dans la moitié de son poids d'eau, et d'une résorption très facile. C'est avec ce sel que Gram a fait ses expériences. Celles-ci ont porté, pour la plupart, sur des malades affectés d'une lésion cardiaque avec hydropisies. Chez presque tous ces malades la théobromine a augmenté la sécrétion urinaire dans des proportions considérables, alors que les autres diurétiques se montraient impuissants. Les mêmes résultats ont été obtenus dans des cas de néphrite chronique, et chez un tuberculeux affecté d'une néphrite et d'une péritonite tuberculeuses. L'effet diurétique n'a fait défaut que dans les cas où le médicament n'était pas résorbé, et dans ceux où l'épithélium rénal était frappé d'une dégénérescence irréparable.

L'auteur reconnaît toutefois qu'on ne saurait voir dans la théobromine « un spécifique contre les hydropisies » malgré la puissance de ses effets diurétiques. Voici les conclusions formulées par l'auteur, pour résumer les résultats de ses recherches :

La théobromine pure est difficilement résorbée chez l'homme. Après sa résorption, elle produit des effets diurétiques très intenses, sans influencer le cœur. La diurèse doit être considérée comme résultant d'une action directe exercée par la théobromine sur les reins.

Le salycilate double de soude et de théobromine est d'une résorption facile, et il produit également des effets diurétiques. Il n'a pas la moindre toxicité ; une seul fois l'ingestion de ce médicament a occasionné un peu de vertige ; c'était chez un malade affaibli.

La dose à laquelle il convient de prescrire le salicylate double de soude et de théobromine est d'environ 6 grammes divisés en prises de 1 gramme. Le salicylate de soude n'est pour rien dans les effets diurétiques produits par le sel double de théobromine, car, dans plusieurs cas, le premier de ces sels avait été administré précédemment, sans qu'il y eut accroissement de la diurèse.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les malades qui guérissent aux eaux d'Aix-les-Bains et comment ils guérissent (86 pages), par le Dr Monard.

Voici un titre qui promet, mais qui engage aussi.

Voyons quels sont les malades qui guérissent aux eaux d'Aix, et comment ils guérissent ?

Les *affections chirurgicales*, suites de blessures et traumatismes de n'importe quelle nature... « Les malades paraissant atteints des affections les plus rebelles, se traînant à peine sur leurs béquilles, partent presque ingambes... Le changement est soudain. Introduit tout d'abord dans la piscine, le malade se tient debout, sans fatigue, puis, sans s'en douter, il fait 20, 30, 50 minutes de promenade... (p. 23) ».

Il y a des *arthrites* « qui relèvent du traumatisme parce qu'elles ont débuté à la suite d'un coup, mais qui empruntent à la constitution du sujet, ou à un état intercurrent plus ou moins nettement infectieux (bleunorrhagie, rhumatisme) un caractère spécial... Ces arthrites guérissent toujours à Aix, si le malade n'est pas tuberculeux (p. 25) ».

Les *arthrites fongueuses* non suppurées, comme les *ostéites tuberculeuses* suppurées, constituent un *noli me tangere* balnéaire absolu. « Nous ne pensons pas que la médication sulfureuse soit fréquemment indiquée dans les cas d'*ostéite tuberculeuse* non suppurée (p. 27) ».

Voici des contre-indications nettement exposées. Il est regrettable qu'on n'en puisse dire autant des indications. N'y aurait-il pas des arthrites non infectieuses, mais constitutionnelles, qui pourraient rencontrer à Bourbonne ou à Salins par exemple, une médication mieux appropriée qu'à Aix ? Si M. Monard n'avait pas dans son programme l'indication d'autres traitements thermaux, il pouvait au moins signaler, auprès des cas où celui d'Aix doit être absolument indiqué, ceux où il le serait d'une manière moins formelle, ce qui laisserait supposer qu'on peut faire mieux ailleurs, et, à défaut d'indications plus précises, inviterait du moins le lecteur à se renseigner sur ce point. Mais il est de tradition, dans les monographies thermales, d'ignorer qu'il existe des eaux minérales autres que celles auxquelles elles sont consacrées.

Après les affections chirurgicales (lisez *arthrites*), viennent les *maladies de la peau*. Lesquelles ? « Notre station n'a jamais réclamé la clientèle spéciale des dermatoses ; mais il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'on a prise sur ces affections mieux qu'on ne pourrait le penser au premier abord (p. 30) ». Voici qui ne nous éclaire pas beaucoup sur les maladies de la peau qui guérissent à Aix.

*Syphilis et tuberculose*, « ces deux maladies entre lesquelles il existe tant de points de ressemblance que ce rapprochement nous paraît indispensable (p. 33)... Les syphilitiques trouvent à Aix des conditions exceptionnelles pour se guérir. Par le fait du traitement thermal l'appétit accru, les fonctions des émonctoires stimulées, un remontement général se produit (p. 35) ». Et comme il y a toujours une tolérance remarquable pour les remèdes spécifiques, on prescrit concurremment le mercure en frictions et l'iodure de potassium à haute dose (p. 37). Suit un long panégyrique du lavement, d'après Lasègue. M. Monard espère que l'observation clinique démontrera « l'action stérilisante du polysulfure sur le milieu bacillaire » expérimentalement proclamée. C'est à Marlioz exclusivement que les malades tuberculeux font leur traitement. Les bains de pieds et les douches locales sur les jambes voilà tout ce que la station d'Aix elle-même peut leur offrir ;

si nous y ajoutons l'exercice et le massage des membres sous forme de pétrissage, nous aurons reproduit tout ce qui concerne la tuberculose, rangée au nombre des maladies (des *malades*) qui guérissent à Aix. Il est vrai que M. Monard n'a pas *jugé jusqu'à présent* faire alors usage de l'hydrothérapie (p. 40).

*Chlorose et neurasthénie.* « Ces malades ne doivent pas entrer dans un établissement thermal. Cependant il ne tient qu'à nous qu'elles puissent rencontrer à Aix les éléments d'une guérison certaine. Allons chercher l'air pur sur les montagnes, l'eau froide au lac et nous ferons des *merveilles...* Sachons utiliser à côté de nos eaux thermales si *merveilleuses*, cette source intarissable d'eau reconstituante, le lac, et ces hauts plateaux de montagnes couverts d'une riche végétation; et nous pourrons offrir aux plus heureux comme aux plus déshérités de la vie des trésors inestimables de santé (p. 45) ». Voici un tableau d'une séduction irrésistible. Mais c'est ce qu'on peut appeler un tableau à côté, puisque les malades ne devront pas être dans l'établissement thermal dont les eaux sont si merveilleuses.

*Affections rhumatismales.* « Nous comprenons sous cette dénomination tous les états rhumatismaux depuis la simple douleur rhumatoïde jusqu'aux plus graves déformations (p. 50) ». On avait cru jusqu'ici que tel était le terrain de prédilection des appropriations des eaux d'Aix (sauf pour ce qui concerne les plus graves déformations), et c'est par volumes que les médecins de cette importante station avaient consacré la légitimité de ces appropriations. Mais il paraît qu'il n'en est rien. « Rappelons en passant (sic) que la spécialisation des eaux d'Aix pour les affections rhumatismales n'a plus sa raison d'être » (p. 51). Il est vrai « détail important, ajoute l'auteur de cette curieuse notice, que le rhumatisme demande moins à être chauffé à notre époque. On n'est plus rhumatisant à la façon des âges passés... »

La *goutte* et *l'obésité*. « La question longtemps en suspens de l'opportunité de traiter ces états aux eaux d'Aix paraît aujourd'hui tranchée.

Les *goutteux* chroniques accourent de tous les points du globe à nos eaux. Anglais et Américains viennent à l'envi désuricémiser leur sang à nos thermes, qui ont pris depuis une vingtaine d'années un cachet exotique tout spécial » (p. 52). Quant à *l'obésité*, à la suite de l'observation d'un Américain qui a maigri de 40 livres en six mois, l'auteur « ne craint pas d'affirmer que nous guérirons presque toujours nos obèses à Aix, pourvu qu'ils veuillent être guéris (p. 55). » Voici deux questions jugées.

*Diabète. Albuminurie.* « Nous ne pensons pas être démentis en affirmant que le traitement habituellement suivi à Aix est plus nuisible qu'utile aux diabétiques » (p. 55). Mais, s'ils veulent bien venir suivre le régime de Martineau « dans l'atmosphère fraîche et balsamique de nos montagnes, ils doubleront l'efficacité de cette merveilleuse médication arsenicale et lithinée ».

« *A priori* les *albuminuriques* dits dyscrasiques profiteront toujours d'un séjour à Aix. Mais des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser l'action de la cure d'Aix dans ces cas » (p. 56).

J'ai reproduit littéralement tout ce qui, dans la notice de M. Monard, a la prétention de nous apprendre « quels sont les malades qui guérissent aux eaux d'Aix-les-Bains et comment ils guérissent ».

On a pu voir comment l'appropriation des eaux d'Aix à la goutte est basée sur le concours des Anglais et des Américains qui donnent à cette station un cachet exotique; comment les diabétiques, auxquels le traitement d'Aix est plus nuisible qu'utile, doivent néanmoins venir dans cette station suivre le régime merveilleux de Martineau dans la fraîche atmosphère des montagnes... Comment, si les chlorotiques et les neurasthéniques ne doivent pas entrer dans un établissement thermal, ils trouveront merveille dans l'eau fraîche du lac et l'air pur des montagnes; comment les albuminuriques dyscrasiques profiteront *a priori* d'un séjour à Aix, en attendant que l'action de ces eaux ait pu être précisée à leur égard, etc.

Mais ce qui ressort de ce travail est ceci : Voici une grande et belle station thermale à laquelle s'attachait étroitement l'idée du traitement du rhumatisme, en raison d'une vieille et universelle notoriété, consacrée par un ensemble d'études considérables et d'œuvres distinguées, comme n'en a produit peut-être aucune autre station. Désormais il faut rayer tout cela. « La spécialisation des eaux d'Aix pour les affections rhumatismales n'a plus sa raison d'être ». Ce qu'il faut adresser à Aix, c'est la tuberculose, la syphilis, la chlorose et la neurasthénie, la goutte, l'obésité, le diabète, l'albuminurie et les maladies du système nerveux.

Il s'est créé, depuis un certain temps, un groupe d'hydrologues *impressionnistes*, qui paraissent plus sensibles aux beautés des paysages qu'aux vertus des sources thermales. Spécialisations et spécialisateurs, vieux jeu. Vieux jeu, les bains minéraux de Vichy et les bains de haute thermalité du Mont-Dore. Vieux jeu le traitement traditionnel du rhumatisme à Aix. Ce qu'il faut venir chercher près des stations thermales, c'est l'hydrothérapie, le massage, l'électricité, la gymnastique, la marche au grand air, etc.

M. Mouard, qui trouve que la clinique ne nous enseigne pas grand'chose (en voyant à quel résultat nous mène la clinique pure, nous nous demandons si elle s'élève bien au-dessus de l'empirisme) (p. 9), appartient à cette école.

Peut-être trouvera-t-on que je me suis étendu un peu longuement sur la brochure dont je viens de rendre compte? C'est que je me suis rappelé comment on s'y prenait, à Sparte, pour dégoûter les citoyens de l'ivrognerie.

D^r Max. Durand-Fardel.

---

## REVUE DES THÈSES.

### CHIRURGIE PRATIQUE.

Contribution a l'étude de la névrite périphérique traumatique, par F. Fortin (Thèse de Paris, 1889).

La névrite périphérique traumatique est toujours secondaire. Elle peut résulter soit d'une compression, soit d'une distension, soit d'une congélation. Sa symptomatologie est celle de la névrite des nerfs mixtes et se résume en troubles sensitifs, moteurs, vaso-moteurs et trophiques. Le diagnostic différentiel doit être fait d'avec les névralgies et l'atrophie musculaire progressive d'une durée indéterminée et variant suivant la profondeur des lésions; la névrite peut, avec un traitement approprié, parfaitement guérir. L'on recommande tout particulièrement, dans la première période d'inflammation ou de début, les antiphlogistiques et principalement les sangsues; dans la période de dégénérescence des nerfs, la galvanisation ou la faradisation, la première avec courant descendant pour agir sur l'état moléculaire des tubes nerveux, la seconde pour activer la nutrition du muscle, de la fibre musculaire dans le but de solliciter sa contractilité.

**Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux externes**, par P. Delbet (Thèse de Paris 1889.)

Les anévrysmes artério-veineux doivent toujours être l'objet d'un pronostic réservé. Non seulement ils gênent la fonction du membre sur lequel ils siègent, non seulement ils entraînent aux membres inférieurs et parfois aux membres supérieurs de graves troubles trophiques, mais encore ils peuvent se rompre ou amener la gangrène. Il ne faudrait pas arguer de l'ancienneté du mal comme d'un facteur de bénignité, car de très fâcheux résultats ont pu être observés après dix, seize, trente-trois et quarante-deux ans d'état stationnaire. Une surveillance de tous les instants est donc nécessaire et plutôt que de se laisser surprendre par les accidents il vaut mieux essayer la cure du mal.

Les moyens employés dans ce but sont très nombreux, trop nombreux même. On a préconisé tour à tour les injections coagulantes qu'il vaut mieux proscrire, la compression à laquelle on ne devra avoir recours qu'avec une extrême réserve et, sans y insister longuement en raison de nombreux méfaits et de la difficulté de son application, la ligature à distance irrévocablement condamnée, l'intervention sanglante portant sur les vaisseaux séparés ou réunis sur le sac lui-même.

De l'étude attentive des très intéressantes observations rapportées par l'auteur, la marche à suivre qui paraît la plus sage consiste à essayer tout d'abord d'une prudente et peu prolongée compression digitale, à recourir à la ligature des deux bouts de l'artère et des deux bouts de la veine dans le cas d'un échec, à extirper le sac s'il est volumineux.

Et si l'on particularise, les indications deviendront plus précises. C'est ainsi qu'on extirpera les anévrysmes artério-veineux du pied, de la jambe et du creux poplité, qu'on soumettra à la quadruple ligature ceux de la fémorale inefficacement traités par la compression directe jointe à la compression indirecte, ceux de l'artère et de la veine fémorales communes avec ou sans extirpation du sac. S'il y avait indication d'agir dans les anévrysmes de la carotide primitive et de la jugulaire interne c'est à la double ligature des deux bouts des vaisseaux qu'il faudrait recourir. L'extirpation du sac semble devoir être préférée s'il s'agit d'anévrysmes des carotides secondaires. Le même traitement est à appliquer pour la cure des anévrysmes artério-veineux de la tête et de la face.

**De la ténotomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique consécutif à une rétraction du sterno-cléido-mastoïdien**, par E. Ducurtil (Thèse de Paris, 1889).

Il est presque banal de répéter que l'antisepsie a fait faire un grand pas à l'art de guérir, que grâce à elle la chirurgie est rapidement entrée dans une voie franchement progressive. Si autrefois, hanté par le spectre des infections, les opérateurs tiraient timidement l'instrument tranchant, dont ils s'efforçaient au reste et dans la mesure du possible de dissimuler l'action par des interventions sous-cutanées, aujourd'hui ils n'hésitent pas, lorsque l'indication apparaît, à attaquer hardiment les tissus par des sections à ciel ouvert. Dans des cas de torticolis, un tendon n'est-il pas suffisamment libéré, reste-t-il fixé par des brides fibreuses profondément situées, il est recommandé d'abandonner séance tenante le procédé de choix, la ténotomie sous-cutanée, pour inciser couche par couche jusqu'aux éléments cause de la rétraction. Telle est la pratique préconisée par l'auteur et à l'appui de laquelle il fournit quatre intéressantes observations.

**De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch**, par A. Chevillot (Thèse de Paris, 1889.)

Tandis que Reverdin prenait sur le malade ou sur tel autre sujet de petits lambeaux à greffer, Thiersch les taille larges et longs sur le patient lui-même. De plus, alors que le chirurgien de Genève déposait les parties détachées à la surface des bourgeons charnus, sans intéresser ces derniers, le praticien allemand au contraire les racle à l'aide de la curette tranchante pour n'opérer qu'après assèchement et disparition complète du suintement sanguin. Ce dernier mode d'intervention donne incontestablement plus de succès sans qu'il soit d'une exécution plus difficile. Il a même pour lui d'autres avantages tels que l'absence de tout danger d'inoculation syphilitique ou tuberculeuse et enfin une plus grande souplesse et une plus grande résistance du tissu cicatriciel.

**Contribution à l'étude des plaies de la face antérieure du poignet par instrument tranchant**, par L. Lefebvre (Thèse de Paris, 1889).

Les plaies de la région antérieure du poignet, relativement fréquentes, sont souvent accompagnées de lésions plus ou moins graves pouvant compromettre l'avenir du membre blessé. Il importe donc que le chirurgien aide au travail de réparation en pratiquant, suivant les cas, des ligatures artérielles, l'immobilisation, en ayant recours, à heure voulue, aux divers procédés de massage et au courant électrique, en surveillant même la cicatrisation cutanée. Il devra tout faire aussi pour éviter les suppurations articulaires dont la raideur est une des moindres conséquences. Pour ce qui est de la suture nerveuse nous ne pensons pas qu'il ait à la tenter puisque la réunion immédiate des nerfs ne peut être obtenue et que le retour de la sensibilité parfois observé après une semblable opération est le résultat de l'existence de simples anastomoses.

**De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital dans le vagin**, par E. Duros (Thèse de Paris, 1889.)

L'imperforation de l'anus avec abouchement congénital dans le vagin constitue une anomalie de développement devant toujours entraîner une intervention chirurgicale. Immédiate, si la fonction est tant soit peu entravée, l'opération pourra être retardée si l'orifice anal laisse passer facilement les matières, s'il suffit à la défécation. Et cette temporisation sera préférable si elle est possible, car les tissus ayant pris de la consistance, les chances de succès n'en seront qu'augmentées. La méthode curative à employer devra avoir un double but, rétablir l'anus en son siège habituel, oblitérer l'orifice anormal. Le procédé en deux temps d'Amussat ou de Verneuil trouvera d'après l'auteur une légitime application sauf dans les circonstances où l'anus vaginal, étant très près de l'hymen, il suffira de recourir au procédé de Nélaton ou de Rizzoli. Il est aisé de comprendre que, suivant les cas, le chirurgien aura à tenir compte d'indications multiples sur lesquelles il serait trop long d'insister.

## BULLETIN

Recherches bactériologiques sur la grippe; sa contagiosité. — Fin de la discussion, à l'Académie de médecine, sur la prophylaxie de la tuberculose. — De l'avortement provoqué chez les femmes phthisiques.

La grippe, qui vient d'offrir et offre encore un si vaste champ d'observation, ne pouvait manquer de provoquer des recherches bactériologiques, et l'on peut dire que la plupart des savants de laboratoire se sont mis à l'œuvre, en France comme à l'étranger. Le résultat de toutes ces recherches, jusqu'à présent du moins, est négatif, en ce sens que le microbe spécifique de la grippe, s'il existe, n'est pas trouvé; mais il est loin de ne comporter aucun enseignement: c'est ce que nous ferons ressortir après une rapide revue des recherches dont il s'agit.

Si l'on en croyait les journaux politiques, souvent un peu prompts à publier des découvertes scientifiques insuffisamment contrôlées, le problème en question serait résolu, et l'heureux bactériologiste qui aurait isolé le microbe spécifique de la grippe, microbe déjà baptisé du nom de *bacille-évêque*, serait un Autrichien, M. le Dr Jolles (de Vienne). Ce bacille, très analogue au diplocoque pneumonique de Friedlænder, s'en distinguerait par la forme de la tête qui lui a fait donner son nom, et a été trouvé dans les produits d'expectoration et les urines des malades atteints de la grippe. Ce n'est pas tout: en examinant les eaux de la ville au moment où l'épidémie sévissait à Vienne, M. Jolles y aurait rencontré 228 bacilles par centimètre cube d'eau, d'où la conclusion logique que l'eau de boisson servirait de véhicule au bacille-évêque, et par suite d'agent de transmission et de propagation à la grippe. Cette notion, toute nouvelle, ne saurait être accueillie sans une grande réserve et acceptée qu'après un contrôle rigoureux. D'autre part, les tentatives d'inoculation du bacille-évêque à des animaux, encore peu nombreuses, n'ont conduit jusqu'à présent à aucun résultat. Et, si l'on songe que ce bacille présente les plus grandes analogies avec d'autres microorganismes contenus normalement dans la salive, il est plus que permis de douter de sa spécificité, par suite de la découverte du Dr Jolles.

Pour M. Ribbert (de Berlin), c'est le streptocoque pyogène qui serait le microbe pathogène de la grippe. Il l'a rencontré, dans six cas de pneumonie, à l'exclusion du diplocoque de Friedlænder, ou du pneumocoque de Talamon et de Franckel; à l'autopsie de deux autres malades, ayant succombé à la grippe sans pneumonie, il l'a trouvé aussi en grand nombre. Le même streptocoque est signalé enfin dans le mucus bronchique, dans les épanchements pleurétiques, dans le pus des otites, etc. M. Ribbert se demande donc pourquoi on ne verrait pas dans ce microbe la cause de la grippe. Dans les cas légers, il s'agirait d'une intoxication générale par les produits de sécrétion du microbe; dans les cas graves, les cas infectieux, s'accompagnant de lésions viscérales, il y aurait pénétration du streptocoque dans l'organisme.

A la Société médicale des hôpitaux de Paris, plusieurs bactériologistes, notamment MM. Laveran, Vaillard, du Cazal, Netter, Chantemesse, etc., ont fait part des résultats de leurs recherches. Si l'on néglige quelques divergences de peu d'importance, on voit, en somme, qu'ils sont d'accord sur les points principaux suivants:

Le sang, au début ou même en pleine période fébrile de la grippe, ne contient pas de microorganismes.

Plus tard, quand des accidents infectieux se sont produits, on trouve dans les organes et les produits, des sécrétions, fréquemment le streptocoque, plus rarement le pneumocoque, plus rarement encore le staphylocoque pyogène. Mais ce sont là des agents d'infections secondaires, et l'on ne saurait considérer aucun de ces microbes comme l'agent spécial ou spécifique de la grippe.

Dans une communication à l'Académie des sciences, MM. G. Sée et F. Bordas, étudiant plus spécialement les produits de la pneumonie fibrineuse consécutive à la grippe, disent avoir trouvé constamment le diplocoque lancéolé de Talamon, associé quelquefois au streptocoque pyogène et au staphylococcus aureus.

Mardi dernier, à l'Académie de médecine, M. Bouchard, faisant connaître ses propres recherches, qui l'ont conduit aussi à trouver, dans les produits pathologiques de la grippe, les trois microbes qui précèdent, a donné de ses résultats une interprétation en rapport avec les faits cliniques observés. Ces microorganismes sont nos hôtes ou nos commensaux à l'état normal, et leur présence dans des produits pathologiques ne saurait impliquer qu'ils exercent une action primitive et directe sur le développement de la grippe. Celle-ci, procédant de toute autre cause, agit, comme une foule de circonstances étiologiques plus ou moins banales, en diminuant la résistance de l'économie et en ouvrant la porte aux microbes, qui deviennent ainsi le point de départ d'infections secondaires. Et ces microbes, d'abord inoffensifs, puis devenus pathogènes, acquièrent une virulence de plus en plus grande en passant d'individu à individu; et servent ainsi d'agents de transmission aux complications secondaires de la grippe. Quant à la cause première de celle-ci, rien ne permet encore d'affirmer si elle est de nature purement météorologique, miasmatique ou microbienne.

Ainsi, d'après les idées et les faits exposés par M. Bouchard, la grippe offre l'exemple d'une maladie qui naît, ou peut naître sous l'influence de causes banales, et dont les accidents ultérieurs prennent des caractères infectieux et contagieux par la transformation en microbes pathogènes et virulents de microorganismes primitivement inoffensifs. C'est là une confirmation précieuse de la doctrine de pathologie générale que nous n'avons cessé de défendre en ce qui concerne la pathogénie des maladies infectieuses. Voici ce que, dans la discussion dont cette question a été l'objet, à l'Académie de médecine, nous disions, en prenant comme exemple le typhus:

« Le typhus n'éclate pas en général brusquement; il est, comme beaucoup de maladies épidémiques, précédé d'une constitution médicale qui trahit déjà l'influence dont les effets s'accentuent chaque jour davantage. Avant le premier cas de typhus nettement confirmé, on a observé nombre d'autres cas où il était simplement soupçonné; puis les présomptions ont grandi jusqu'au jour où le doute n'est plus devenu possible. Et, dans cette série successive de cas, les malades ont offert à tel microbe, d'ailleurs plus ou moins inoffensif, des milieux de culture où il a acquis des propriétés nocives. Cette nocivité est allée en augmentant de malade à malade, c'est-à-dire de culture en culture, jusqu'au moment où le typhus s'est enfin développé avec tout son cortège symptomatique et toute sa gravité; alors le microbe a atteint aussi son plus haut degré de virulence, il est devenu typhigène. »

On ne fait que répéter pour la grippe ou ses complications ce que nous disions ainsi, il y a quatre ans, du typhus. « La grippe, dit M. Bouchard, comme tant d'autres circonstances étiologiques, ouvre la porte à ces microbes (ceux de la pneumonie); alors la pneumonie par auto-infection naît d'une

cause vulgaire. Mais, dans des circonstances encore mal déterminées, ces microbes, en provoquant la pneumonie, peuvent acquérir une virulence restée obscure jusque-là. Développée au cours de la grippe, la pneumonie devient alors contagieuse, et la virulence que son microbe a acquise peut se renforcer par son passage d'individu à individu. Que la grippe soit ou ne soit pas contagieuse, je laisse cette question de côté; mais, ce qui devient certainement contagieux, ce sont les complications de la grippe et en particulier la pneumonie. »

Nous avions raison de dire, en commençant, qu'il ressortait, des recherches bactériologiques dont nous avions à parler, un enseignement d'un haut intérêt, et nous sommes heureux de l'enregistrer. Quant à la question de la contagion de la grippe, que M. Bouchard laisse en suspens, et que divers faits rapportés par lui, par M. Olivier et par d'autres observateurs, tendent à faire résoudre par l'affirmative, elle dépend probablement de la période à laquelle sont arrivés, soit l'épidémie en général, soit le cas particulier qu'on a sous les yeux. Il est difficile de croire à la contagion quand la maladie, comme un ouragan, frappe à la fois des centaines d'individus. Mais plus tard, et pour les raisons qui viennent d'être exposées, tel microbe, tel élément figuré peut acquérir un certain degré de virulence et rendre la maladie transmissible d'un individu à un autre. La contagion se développerait ainsi secondairement, sans qu'il y ait, à proprement parler, de microbe pathogène spécifique de la grippe.

— La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose est enfin close à l'Académie de médecine. Somme toute, en restant dans les généralités, en posant plutôt des principes dont on pourra à loisir tirer les conclusions propres à chaque cas particulier, l'Académie est mieux restée dans son rôle, qu'en rédigeant une sorte de règlement sanitaire à la fois trop et pas assez complet. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, et ce que malheureusement les conclusions adoptées par l'Académie ont passé sous silence, c'est qu'il ne suffit pas de s'attaquer au microbe, il faut encore chercher à stériliser, par une bonne hygiène, le terrain où, quoi qu'on fasse, quelques bacilles peuvent tomber.

— Une question assez nouvelle, à propos de la tuberculose, a été portée par M. William Duncan devant la Société obstétricale de Londres : c'est celle de savoir si l'on peut, et si l'on doit provoquer l'avortement chez les phthisiques.

Il va sans dire qu'il s'agit de femmes tuberculeuses dont la dernière période de la grossesse et l'accouchement menacent d'aggraver l'état et de hâter la fin. L'auteur de la question a été le seul à la résoudre par l'affirmative. Tous ses collègues se sont élevés contre une pratique que rien n'autorise ou ne justifie, et dont on ne pourrait prévoir les graves abus, malgré toutes les précautions dont on s'entourerait suivant les conseils de M. Duncan.

Rien, disons-nous, ne justifie une semblable pratique.

Et, en effet, ainsi que plusieurs membres, prenant successivement la parole, l'ont fait observer, il n'est pas prouvé que la grossesse active la marche de la tuberculose et que les chances de survie soient plus grandes après l'avortement provoqué ; on pourrait citer des observations qui tendraient à montrer le contraire. D'autre part, si l'on songe que les femmes tuberculeuses donnent rarement le jour à des enfants malades, et que la prédisposition héréditaire que ceux-ci tiennent de leur naissance peut être victorieusement combattue par une bonne hygiène, on se demande pourquoi ou les sacrifierait à une malade, dont en définitive, quoi qu'on fasse, à la période de la maladie où elle est arrivée, les jours sont comptés. Nous ne croyons pas que la pratique de M. Duncan trouve plus d'adeptes en France qu'au sein de la société obstétricale de Londres.

Dr F. de Ranse.

# NOTES ET INFORMATIONS

Les honoraires des expertises médico-légales. — Le bruit qui s'est fait autour de l'affaire des médecins de Rodez n'aura pas été inutile, et le Ministre de la justice semble vouloir sortir de l'indifférence où paraissait l'avoir laissé l'interprétation de M. Lacombe devant le Sénat. Voici, en effet, la circulaire qu'il vient d'adresser aux procureurs généraux.

« Monsieur le procureur général,

« Mon attention a été appelée sur les difficultés qui se sont élevées dans quelques ressorts entre les magistrats chargés de la police judiciaire et les médecins requis de prêter leur concours à l'œuvre de la justice.

« Ces difficultés sont nées des tarifs que le décret du 18 juin 1811 sur les frais de justice en matière criminelle et de police établit pour les constatations médico-légales et que les médecins ne considèrent pas comme suffisamment rémunérateurs.

« Il est regrettable que certains médecins aient cru devoir traduire leurs protestations contre les dispositions de ce décret par des refus d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité judiciaire qui ont contraint le ministère public à exercer contre eux des poursuites.

« Mais ce ne sont là heureusement que de très rares exceptions et je me plais à constater que la justice continue à trouver dans le corps médical le précieux concours auquel il l'a habituée. C'est qu'en effet, quel que soit leur désir de voir rémunérer plus équitablement leurs services, les médecins, en général, estiment que la mission judiciaire qui leur est donnée s'impose à leur conscience, comme un de leurs premiers devoirs envers la société.

« Si je blâme l'attitude de certains médecins, ce n'est pas que je reconnaisse, dans une certaine mesure, la légitimité des prétentions qui l'ont provoquée. Le décret du 18 juin 1811, pendant un certain temps, a été en harmonie avec les besoins de notre état économique et social. Mais, depuis, la situation s'est modifiée et les tarifs que ce décret consacre peuvent paraître insuffisants. C'est en s'inspirant de cette pensée qu'un de mes prédécesseurs a institué au ministère de la justice une commission chargée d'établir de nouveaux tarifs des frais en matière criminelle, correctionnelle ou de simple police.

« Sans attendre que cette commission ait terminé son œuvre, je désire rechercher s'il n'y aurait pas lieu, dès à présent, de modifier le taux des honoraires qui sont alloués aux médecins. Pour compléter les éléments d'appréciation que je possède, je vous prie de consulter les syndicats ou associations de médecine de votre ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable et de me faire parvenir, avec une copie de leurs délibérations, votre avis personnel.

« Je vous serai obligé de m'adresser votre réponse dans le plus bref délai possible.
» Recevez, etc. »

Nous ferons remarquer que le mot *syndicats* vient sous la plume de M. le ministre de la Justice, comme il est venu, il y a quelque temps, sous celle de M. le ministre de l'Intérieur, ce qui cadre mal avec la mesure draconienne dont M. le préfet des Vosges a usé envers l'Association syndicale de ce département. Mais ce n'est ni le lieu, ni le moment de récriminer. Sachons gré à M. le ministre de la Justice de prêter enfin l'oreille à nos justes réclamations, de vouloir bien nous consulter nous-mêmes, nous, les intéressés, sur les modifications à apporter à l'ancien tarif, et moutrons, par des revendications équitables, que nos intérêts professionnels ne sauraient nous faire oublier un intérêt supérieur encore, l'intérêt public.

ENQUÊTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE. — Les autorités allemandes out ordonné une enquête au sujet de l'épidémie de grippe. A cet effet, elles sont entrées en pourparlers avec la commission de médecine de Berlin. Cette commission a provisoirement résolu, d'après les *Nouvelles de Hambourg*, d'envoyer un questionnaire à tous les médecins d'Allemagne et de conférer avec le comité international de statistique de Londres.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS ET ECOLES DE PHARMACIE. — Ce Conseil a tenu sa séance mensuelle sous la présidence de M. Gréard. Les pouvoirs du doyen de la Faculté de médecine étant expirés, le Conseil, après la Faculté intéressée, présente à l'unanimité, moins un bulletin blanc, pour les fonctions de doyen, M. Brouardel en première ligne, M. Jaccoud en seconde ligne. Il vote ensuite un vœu en faveur du maintien dans la même Faculté de deux chaires devenues vacantes, celle de pathologie interne et celle de clinique chirurgicale.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Les morts vont vite dans le corps médical de Paris. Hier, à la même heure, on rendait les derniers devoirs à deux honorables et bien sympathiques confrères, le Dr Blachez, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, l'un des plus anciens collaborateurs de la *Gazette hebdomadaire* et le Dr Marcet, ancien médecin consultant aux eaux de Luchon, auteur d'un des premiers travaux sur les microorganismes des eaux minérales. Nous associons ici nos regrets à ceux de la famille et des nombreux amis de nos deux confrères.

**

*Faculté de Paris.* — M. le professeur Le Fort a pris, le 27 janvier, le service de la clinique chirurgicale de la Pitié, en remplacement de M. Verneuil, qui a passé à l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Duplay a quitté la chaire théorique d'opérations et appareils et a pris le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker en remplacement de M. Le Fort.

*Faculté de médecine de Nancy.* — M. le Dr Haushalter, chef de clinique médicale, est maintenu dans ses fonctions pour un an, à dater du 1er janvier 1890.

*Ecole de médecine d'Amiens.* — M. le Dr Froidure est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie.

*Ecole de médecine de Reims.* — M. le Dr Colleville, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

*Ecole de médecine de Toulouse.* — Un congé, pour l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le Dr Toussaint, professeur de physiologie.

M. le Dr Bédard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie, pendant la durée du congé accordé à M. Toussaint.

**

*Hôpitaux de Paris.* — Par suite du décès de M. Damaschino, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris :

M. Straus passe de l'hôpital de la Pitié à l'hôpital Laennec; M. R. Montard-Martin passe de l'hôpital Saint-Antoine à la Pitié; M. Merklen passe de l'Institution Sainte-Périne à l'hôpital Saint-Antoine; M. Faisans passe de la Maison de La Rochefoucauld à l'Institution Sainte-Périne; M. Talamon passe du Bureau central à la Maison de La Rochefoucauld.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira, le 28 février prochain, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le 1er février et clos le 17 du même mois, à trois heures.

— Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé, le 27 janvier, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite. Ce sont MM. :

*Internes titulaires.* — 1. Michel, Pescher, Souligaux, Baillet, Chibret, Teissier, Ganthier, Delbet, Sabouraud, Deguéret.

11. Baudron, Guitton, Dubrisay, Potier, Rousseau, Gonget, Thiercelin, Anscher, Morestin, Sottas.

21. Barrié, Raucurel, Vassal, Perruchet, Boix, Damourette, Genouville, Cazin, Bonneau, Cautru.

31. Pompidor, Veslin, Laurent-Préfontaine, Wassilieff, Tollemer, Artus, Veillon, Orrillard, Le Moniet, Tonchard.

41. Jourdan, Lasserre, Guibert, Roussel, Dupasquier, Sorel, Morax, Malapert, Martin-Durr, Poivet.

*Internes provisoires.* — 1. Bernard (Félix), Cazenave, Hulot, Potel, Collinet (Edouard), Binot (Jean), Durante, Giresse, Jaxie, Papillault.

11. Malherbe, Taurin, Diaz, Damaye, Londe, Petit, Collinet (Paul), Dudefoy, Binaud (William), Lehon.

21. Richerolle, Fort, Gervais de Rouville, Mayet, Walch, Magniaux, Hugnenin, Jacquinet, Bernard (Jean), Bernardbeig.

31. Lepeüt, Marie, Béchet, Maupaté, Frey, Manson, Trékaki, Bouchinet, Reymond, Haron.

41. Chabory, Guépin, Brésard, Mignot, Chaumont, Phulpin, Flœrsheim, Donnet, Michel-Dansac, Chailloux.

51. Brunet, Emerit.

— Le concours de l'externat s'est terminé le 25 janvier, par la nomination de 308 externes parmi lesquels nous relevons les noms de quatre étudiantes.

**

M. le Dr Hamy (de Paris) a été élu membre associé libre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

**

*Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire.* — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 26 décembre prochain, à 8 heures du matin, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine, aux emplois de médecin stagiaire.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureaux des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

*Services hospitaliers de l'armée.* — Un décret du 12 décembre 1889, vient de modifier celui du 1er août 1879, relatif à l'exécution de la loi du 7 juillet 1877 sur l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils. A l'avenir lorsque les locaux existants seront insuffisants ou mal aménagés et que l'on ne pourrait les modifier sans préjudice pour le service des fondations et de l'assistance publique, une commission d'examen, composée d'officiers généraux, d'un médecin militaire, du maire de la ville, d'un membre de la commission administrative de l'hospice, de l'architecte de l'hospice, déterminera la nature et l'importance des travaux à entreprendre et leur dépense. Les procès-verbaux de la Commission seront transmis aux ministres de la guerre et de l'intérieur.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

*Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Faculté de médecine de Paris par le Dr F. Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un beau volume grand in-8° de 525 pages, avec figures dans le texte, 10 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

*Syphilis et paralysie générale*, par A. Morel-Lavallée, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis et L. Belières, ancien interne des asiles de la Seine, avec une préface du professeur Fournier. Un volume grand in-8° de 250 pages, 5 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

*Le morphinisme*, habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délictueux des morphiomanes, par le docteur G. Pichon, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-12 de 490 pages, 4 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

*Diagnostic des maladies chirurgicales*, par le docteur Ed. Albert, professeur et chef de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne, 4e édition, revue et corrigée. Ouvrage traduit de l'allemand par le Dr J. Thiriar, professeur agrégé suppléant à l'Université de Bruxelles, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean et le Dr Laurent, ancien interne des hôpitaux de Bruxelles — 47 figures dans le texte. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1890.

*Des hémorrhagies en obstétrique et en gynécologie*, leurs sources, méthodes de traitement, par le docteur Richard Lomer, à Hambourg. Traduit de l'allemand par le Dr Jules Stos, à Anvers. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1889.

*Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale*, par T. Lauder-Brunton, membre du Collège médical royal, médecin assistant et lecteur de matière médicale à l'hôpital Saint-Barthélemy, adapté à la pharmacopée des Etats-Unis, par Francis H. Williams, docteur à Boston. Ouvrage traduit de l'anglais sur la 3e édition par Lucien Deniau, lauréat de la Faculté de Paris, docteur à Paris et Emile Lauwers, docteur à Courtrai, tome II. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1889.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE

*Membres* : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

### Sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse (1),

Par M. Renaut (de Lyon). correspondant national.

*Suite et fin (1).*

IV. — *Les voies de dérivation de la circulation rénale sont accessibles à la déplétion thérapeutique, opérée par saignées locales.*

Je viens de démontrer qu'en cas de congestion inteuse, créant par contre-pression l'œdème anémique des systèmes glomérulaires de tout le labyrinthe rénal, le sang, devenu incapable de circuler dans l'écorce, vient distendre, emplir et dilater au maximum toute la surface de l'organe subjacente à la capsule fibreuse. Sur ce point, la dérivation du sang crée le plus souvent des injections naturelles, d'une perfection telle que, pour l'étude, ces injections sont préférables à toutes celles qu'on pourrait faire artificiellement avec une masse au carmin et à la gélatine.

(1) Voir le numéro précédent.

Outre ce courant de dérivation principal, il y en a un autre. Le sang prend, en effet, aussi pour s'échapper la voie des veines droites des pyramides, et va injecter largement les capillaires veineux du bassinet. Mais, au point de vue qui nous occupe, la voie de dérivation, que j'appellerai *sous-capsulaire*, est la seule importante.

En effet, depuis longtemps Ludwig (1) a fait remarquer que, au niveau de la capsule du rein, les veines interlobulaires, terminées par les étoiles de Verheyen bien connues, communiquent largement avec les veines de la circulation générale.

Mes propres recherches m'ont conduit à reconnaître *qu'à ce même niveau la circulation veineuse rénale communique avec celle de l'atmosphère adipeuse, et, par l'intermédiaire de celle-ci, avec les réseaux sanguins sous-cutanés et cutanés du triangle de J.-L. Petit.*

Cela posé, il devient évident que, lorsqu'on se trouve en présence d'un œdème aign congestif du rein, ayant annulé par contre-pression la fonction de l'organe, il est possible d'agir sur cette congestion, de vider les vaisseaux rénaux par des saignées locales, de rompre par cette évacuation le régime circulatoire aberrant, et, par suite, de faire cesser la sorte d'étranglement dont les portions actives du parenchyme rénal sont le siège.

L'observation suivante, choisie entre plusieurs à cause de la façon particulièrement exacte et soutenue dont les varia-

(1) Manuel de Stricker, édition de New-York, p. 474. — Les vaisseaux interlobulaires communiquent, par l'intermédiaire des vaisseaux de la capsule fibreuse, avec les vaisseaux *phréniques, surrénaux et lombaires.*

## FEUILLETON

### Documents pour servir a l'histoire de la médecine

I. *Index-catalogue of the Library of the Surgeon-general's office, United States Army.* Vol. X. O. — Pitsuch. In 4°, 1059 p., Washington, 1889. — II. *Bibliothèque Nationale. Catalogue des sciences médicales*, t. III, in-4. 283 p., Paris, 1889. — III, *Essai de chirurgie Garengeot, sa vie son œuvre* (1688-1759), par le docteur Louis Jarnotien de Villartay. In-8°, VI, 274 p., Paris Sans date). — IV. *Notices sur quelques botanistes ornanais* et *l'Essai sur la bibliographie botanique* du département de l'Orne, par l'abbé A. Letacq. In-8, 66 p., Caen, 1889. — V. *Le dépôt de mendicité*, l'hospice départemental et l'asile des aliénés de la Charité-sur-Loire, par le docteur Samuel Garnier. In-8, 120 p., Paris 1889. — VI. Les difficultés d'écrire l'histoire de la médecine ; L'âge de nos illustrations médicales ; les anciennes académies de médecine ; quelques dates, Jacques Daviel. L'origine du fauteuil des académiciens.

I. — Le monument élevé par notre savant et sympathique collègue, le docteur Billings (de Washington), à la bibliographie médicale, touche à sa fin. Le dixième volume vient de paraître. Il ne contient pas moins de 7.658 noms d'auteurs, pour les volumes et brochures, 14.265 titres d'articles-matières et 29.421 articles de journaux. En parcourant le volume, au hasard, je trouve pour le mot œsophage plus de 1.600 indications, pour le mot ovariotomie 4.000 articles à consulter... Ces chiffres font rêver ! Et tout cela est bien divisé, subdivisé, l'exactitude est rigoureuse. Les périodiques arrangés suivant l'ordre alphabétique de la nation de la publication, ont exigé 211 pages d'impression. Nous pouvons d'autant mieux apprécier l'importance d'un travail semblable, que nous mettrous sous presse prochainement la bibliographie des journaux de médecine, ouvrage destiné à nos collègues les bibliothécaires et sans l'*index-catalogue* que nous avons sous les yeux notre liste des journaux américains eût été bien incomplète. Nous renouvelons donc nos félicitations à notre collègue de Washington, pour les services qu'il nous rend sans cesse.

II. — Malheureusement, nous ne sommes point aussi zélés en Europe. Notre bibliothèque nationale vient, il est vrai, de publier le troisième volume de son catalogue des sciences médicales, mais

tions de l'activité rénale ont été poursuivies et notées, ne laissera, je pense, aucun doute sur la valeur de cette application à la clinique d'une série de notions de pure anatomie générale.

Obs. II. — X..., 63 ans, obèse, arthritique, affecté à plusieurs reprises de coliques néphrétiques suivies d'expulsion de calculs, est depuis cinq ans albuminurique très légèrement (10 à 20 centigrammes d'albumine par vingt-quatre heures). Le diagnostic de *néphrite goutteuse* a été posé. Jusqu'à ces derniers temps, le traitement et le régime ont été insignifiants.

Le 3 mars 1889, survient un accès de dyspnée urémique type: les urines ne renferment alors que 4 grammes d'urée par litre. Pendant le mois suivant, affaissement physique et intellectuel; tendance au sommeil le jour; état de vague inquiétude et nombreuses irrégularités du pouls (intermittences fausses).

Le 26 mars, l'analyse des urines, faite par mon savant ami, le professeur Crolas, donne les résultats suivants:

| *26 mars* | *Jour* | *Nuit* | *Total* |
|---|---|---|---|
| Quantité..... | 805 c. c. | 1135 c. c. | 1940 c. c. |
| Globuline.... | traces | traces | traces |
| Sérine....... | 0 gr. 322 | 0 gr. 200 | 0 gr. 522 |
| Peptones..... | 0 gr. 90 | 1 gr. 61 | 2 gr. 51 |
| Phosphates... | 2 gr. 09 | 3 gr. 27 | 5 gr. 36 |
| Urée........ | 8 gr. 92 | 8 gr. 14 | 17 gr. 06 |
| Rapport de l'azote de l'urée à l'azote total (Coefficient d'oxydation d'Albert Robin.) | 0 gr. 80 | 0 gr. 72 | 0 gr. 76 |

A ce moment, on le voit, la dépuration urinaire était loin d'être parfaite, il est vrai; mais elle demeurait du moins suffisante. Le rapport de l'urée à l'azote total était en effet de 76 p. 100, chiffre qui, d'après Albert Robin, n'est pas sensiblement inférieur au coefficient d'oxydation de beaucoup de femmes en santé. Cependant, je jugeai la situation sérieuse, prévoyant des accidents imminents d'ordre toxique; car, en pareille circonstance, et en l'absence de toute cardiopathie antérieure, il n'est pas rare de les voir s'annoncer à distance par une arythmie dont aucune condition cardiaque ne vient rendre compte, et que je rapporte à des phénomènes d'auto-intoxication agissant sur les nerfs cardiaques.

Le 3 avril, le malade qui, depuis quelques jours seulement, avait commencé à ébaucher un régime, est pris, en se levant, d'un impérieux et en partie faux besoin de défécation, ayant son origine dans un paquet d'hémorroïdes tuméfiées. Pendant près de vingt minutes, il pousse vainement de toutes ses forces, quoi qu'on lui dise, sollicité par la sensation de corps étranger qu'il éprouve au niveau du rectum. *Il se congestionne ainsi mécaniquement la tête* d'une façon remarquable et, brusquement, au milieu des tentatives toujours soutenues de défécation, il se fait une chute du rectum.

Immédiatement alors, il est pris d'un accès d'urémie comateuse type, avec respiration de Cheyne-Stokes et périodes d'apnée d'*un tiers de minute* dans l'après-midi; température hyponormale; perte absolue de connaissance; arythmie extrême et pouls subsyncopal; anurie absolue et imminence de mort.

Je pratique une saignée générale de 200 grammes; je fais inonder le malade de torrents d'oxygène, amenés au visage à l'aide d'un entonnoir. En même temps, on donne des lavements d'eau froide toutes les trois heures et l'on fait des injections d'éther.

Le 4 avril, même état, et toujours anurie. Pour décongestionner les reins, que je considère comme encombrés par un œdème aigu, je fais appliquer six sangsues de chaque côté, au niveau du triangle de J.-L. Petit, et continuer les autres moyens.

Le 5 avril, les urines reparaissent et le coma se dissipe partiellement en même temps. Le matin, première émission:

| | |
|---|---|
| Volume........................ | 300 c. c. |
| Urée.......................... | 2 gr. 49 |
| Coefficient d'oxydation........... | 0,69 |

Le soir, seconde émission, avec:

| | |
|---|---|
| Volume........................ | 300 c. c. |
| Urée.......................... | 3 gr. 58 |
| Coefficient d'oxydation........... | 0,76 |

Le 6 avril, tous les accidents formidables du début se sont dissipés; mais il existe encore un peu de respiration de Cheyne-Stokes. Je fais faire une seconde application de trois sangsues de chaque côté, au niveau du triangle de J.-L. Petit. Dans la soirée, le malade peut lire son journal. — (Régime lacté exclusif, qui ne sera rompu qu'à la fin du mois d'avril;

---

nous ne saurions, en bonne justice, le comparer à celui de Washington. L'insuffisance du budget en France, et le peu d'aptitude des administrateurs pour la bibliographie, rendront pendant longtemps, à peu près impossible, la publication de catalogues méthodiques. Ce n'est plus, comme en Amérique, l'ordre alphabétique simultané des auteurs et des matières avec le dépouillement des journaux que l'on nous offre dans les catalogues français, mais seulement, le titre des ouvrages rangés suivant un ordre scientifique toujours arbitraire. Pas de tables d'auteurs, ni de sujets; les recherches ne sont point aisées. Le quatrième volume projeté doit comprendre les thèses françaises et étrangères que renferme notre grand dépôt national; espérons que le projet sera mis à exécution. Hélas! les catalogues de la riche bibliothèque de l'Académie, de celle non moins riche de la Faculté, ne sont pas encore à l'état de projet.

III. Croissant de Garengeot, qui,paraît-il, n'est pas l'inventeur de la clef qui porte son nom, a eu de son vivant beaucoup d'ennemis, et, malgré Morand, nos contemporains ne lui ont pas rendu encore la justice qui lui est due. M. Jarnoüen de Villartay compatriote et allié de Garengeot, a entrepris la tâche fort louable de tirer de l'oubli l'ancien démonstrateur de l'École de chirurgie de Saint-Côme, et de le réhabiliter, en quelque sorte, au point de vue scientifique. En fouillant les archives du temps et en analysant les ouvrages de Garengeot ainsi que ceux de ses commentateurs, il a pu composer une thèse de doctorat d'un intérêt réel. Les travaux de Garengeot et son talent de démonstrateur sont incontestables. Pour le prouver, l'auteur de l'ouvrage que nous analysons n'a pas craint de reproduire de longs extraits des traités de Garengeot qu'il accompagne de réflexions historiques et critiques. Chemin faisant, il a rappelé quelle était l'organisation du collège de Saint-Côme et, en même temps qu'il fait revivre la physionomie curieuse d'un chirurgien de ce temps, il initie ses lecteurs aux us et coutumes de l'enseignement de l'ancienne chirurgie. En résumé: bonne thèse, bonne action.

IV. — La brochure de M. Labbé Letacq fait partie des documents que je ne cesse d'encourager. L'auteur, dont la méthode de travail est des plus exactes, nous donne des renseignements, souvent inédits, sur des médecins botanistes, absents le plus souvent, dans

inhalations d'oxygène poursuivies indéfiniment jusqu'à ce jour.)

Le 7 avril est marqué par une véritable débâcle urinaire et par une énorme décharge d'urée :

| | |
|---|---|
| Volume en vingt-quatre heures.... | 2375 c. c. |
| Urée............................ | 35 gr. 62 |
| Coefficient d'oxydation........... | 0, 84 |

Les jours suivants, bien que le malade ne prenne que du lait, cette décharge se poursuit ; et nous avons :

| Dates | Volume de l'urine en 24 heures | Urée | Coefficient d'oxydation |
|---|---|---|---|
| 8 avril... | 2650 c. c. | 49 gr. 50 | 0.91 |
| 10 avril... | 2500 | 54 gr. 50 | 0.84 |
| 12 avril... | 2790 | 57 gr. 09 | 0.92 |
| 13 avril... | 2650 | 47 gr. 95 | |
| 14 avril... | 2050 | 37 gr. 37 | |
| 15 avril... | 1450 | 23 gr. 45 | |
| 16 avril... | 1850 | 31 gr. 30 | |
| 17 avril... | 2400 | 35 gr. 42 | |
| 18 avril... | 3650 | 52 gr. 25 | |

Toute menace d'urémie a disparu en même temps que s'est opérée cette énorme décharge d'urée, poursuivie pendant onze jours à partir de son début. Je dirai immédiatement que, à partir du 31 mai (1), l'albumine se réduit à des traces indosables, et que, du début de juillet à la fin de ce même mois, elle devient *entièrement absente des urines*. Le 27 juillet, nous avons :

| | Jour | Nuit |
|---|---|---|
| Volume de l'urine..... | 815 c. c. | 775 c. c. |
| Densité............... | 1012 c. c. | 1010 c. c. |
| Urée.................. | 10 gr. 42 | 10 gr. 40 |
| Phosphates............ | 3 gr. 18 | 3 gr. 03 |
| Albumine .... ....... | Néant. | Néant. |
| Sucre ................ | Néant. | Néant. |
| Coefficient d'oxydation. | 0, 85 | 0, 86 |

Le malade se maintient encore aujourd'hui dans un état absolument satisfaisant, avec quelques centigrammes d'albumine fournis exclusivement par un peu de muco-pus émanant de la vessie, atteinte d'un léger catarrhe d'origine prostatique. Les irrégularités du pouls ont presque absolument disparu. Il ne reste, comme traces de la crise, qu'un certain affaiblissement, non dans les fonctions, mais dans la spontanéité cérébrale. Le malade est un peu indifférent à ses affaires habituelles et se préoccupe surtout de sa santé. Mais, quand il raisonne ou qu'il opère, il le fait avec une correction parfaite et les mêmes qualités d'esprit qu'autrefois.

Ce dont, en effet, il est aujourd'hui surtout convalescent, c'est d'une série de désordres que j'ai jusqu'ici passés sous silence, afin de mieux mettre en lumière ce qui se rapportait à l'état rénal. — Après la crise d'urémie, le malade revient à lui, recommence à lire son journal, à converser avec les personnes de son entourage. Puis, très rapidement, à partir du 10 ou 12 avril, en même temps que se poursuit la décharge d'urée, que le coefficient d'oxydation remonte et que l'albumine se réduit de 40 centigrammes par jour à des traces indosables, il devient semblable à un individu affecté de démence sénile. La vessie se parésie, les émissions stercorales sont parfois involontaires. Cet état, très comparable à celui qu'on observe chez certains vieillards à la suite des attaques de ramollissement cérébral, arrive à son summum vers le 25 avril et ensuite s'améliore progressivement, pour faire place à un état cérébral tout à fait normal à partir des premiers jours de juillet.

V. — L'observation précédente, à peu près aussi instructive que telle expérience de physiologie pathologique qu'on voudra imaginer, met en évidence une série de faits cliniques absolument concordants avec les faits anatomiques et anatomopathologiques que j'ai énoncés au début de ce travail.

(1) Le traitement définitif, et encore en usage maintenant, consiste dans de fréquentes inhalations d'oxygène, l'application biquotidienne de trois ventouses sèches au niveau du triangle de J.-L. Petit de chaque côté. Si l'urée tend à baisser, et surtout en cas de baisse du coefficient d'oxydation, on applique trois sangsues de chaque côté au niveau du triangle de J.-L. Petit. (On n'a eu que deux fois recours à ce moyen depuis la crise d'urémie.)

Le régime consiste en *lait ad libitum*; 200 grammes d'eau de Saint-Nectaire (source Rouge) par jour ; des œufs, du maigre de porc, des cervelles, des ris de veau, des viandes blanches bouillies, en petite quantité ; des légumes tauiques ou non acides et des fruits ; 125 grammes de vin de Bordeaux seulement par jour, largement coupé d'eau.

---

les grandes biographies. Citons de Roussel, Le Forestier du Boisdelaville, les Déchauffour de Boisduval, N. A. Duval, tous médecins ornais. Souhaitons à l'auteur plus d'un imitateur en France : il y a encore bien des inconnus à révéler.

V. — Je crois devoir indiquer ici le travail de M. le Dr Garnier, parce qu'il contient un aperçu historique de 1807 jusqu'à nos jours, accompagné de pièces à l'appui, sur l'hospice départemental et l'asile des aliénés de la Charité-sur-Loire.

VI. — Je ne manque jamais une occasion de faire comprendre à mes confrères en journalisme, combien l'histoire de la médecine est difficile à faire, et quelles peines nos neveux rencontreront plus tard. Les moindres incidents de la grande vie médicale, ceux qui se passent sous nos yeux, ceux qui sont enregistrés au jour le jour, sont presque toujours incorrectement indiqués. L'excellent Ricord meurt, c'est pour la plupart, le doyen des médecins de Paris, parce qu'il est né le 10 décembre 1800, mais Gendrin succombe peu de jours après et le voici, devenu de par le droit de naissance, doyen à son tour, puisqu'il est né le 16 décembre 1796. Un de nos confrères annonçait l'autre jour, que le doyen actuel des médecins des hôpitaux était aujourd'hui M. Roger bien que celui eût l'air tout aussi jeune que d'autres plus jeunes. J'accepte de grand cœur, et notre excellent maître M. Roger ne me démentira pas, la seconde proposition, mais je repousse la première. Ce n'est pas lui qui est le doyen d'âge des hôpitaux. En médecine c'est M. Marrotte né le 7 novembre 1808. En chirurgie c'est M. Moiiod né le 30 décembre 1798. J'ajoute que, à l'Académie de médecine, le doyen d'âge est le sympathique baron Larrey né le 18 sept. 1808 et que le doyen de promotion est mon excellent maître et ami M. Baillarger, qui fait partie de l'Académie depuis 1846.

Autre exemple de la difficulté d'écrire l'histoire... plus tard. Deux de nos journaux de médecine les mieux informés, en annonçant le décès du docteur Blachez, l'honorable médecin de la Charité, nous disent qu'il est né en 1828 et qu'il a été nommé agrégé en 1868. Cela n'est point exact. Blachez est né le 19 novembre 1827 et il a été nommé agrégé au concours de 1866 (arrêté du 5 avril) pour prendre rang, il est vrai, à partir du 1er novembre 1868.

Un de mes lecteurs m'écrivait récemment : « Comment se fait-il que vous donnez comme date de création de l'Académie de médecine le 20 décembre 1820, et que je trouve sur des ouvrages impri-

A. — Le premier de ces faits, c'est que, dans le cas que je viens de rapporter, et dont je pourrais à volonté multiplier les exemples, les reins, qui ont été momentanément annulés par un coup d'urémie et dont la perméabilité était très amoindrie avant la crise urémique, étaient, en réalité, parfaitement perméables et suffisants, puisqu'ils ont pu devenir, après l'attaque, la voie de décharge d'urée montant au taux énorme de 49, 54 et 57 grammes en vingt-quatre heures. Ces reins étaient même si peu profondément malades qu'ils n'émettaient plus du tout d'albumine trois mois après. Il s'agit donc là (et j'ajouterai : dans la majorité des cas analogues), en réalité, d'organes au fond très peu altérés par la néphrite chronique et possédant un nombre largement suffisant de filtres glomérulaires intacts pour satisfaire aux besoins d'une dépuration urinaire suffisante aussi, moyennant du moins certaines conditions.

B. — Ces conditions consistent en une alimentation produisant le minimum de résidus toxiques. Dès que, dans notre observation II, une telle alimentation a été instituée après que la perméabilité du rein fut récupérée, il ne s'est plus produit aucun accident d'insuffisance urinaire. Avec le régime lacté exclusif, nous avons eu même une transformation en urée plus que largement normale des matériaux azotés, le coefficient d'oxydation étant :

| | | |
|---|---|---|
| Le 2 mai | nuit. | 0.88 |
| | jour. | 0.94 |
| 3 mai | | 0.90 |
| 4 mai | | 0.87 |
| 5 mai | | 0.70 |
| 6 mai | | 0.83 |
| 7 mai | | 0.83 |
| 8 mai | | 0.80 |
| 11 mai | | 0.86 |
| 12 mai | | 0.89 |
| 15 mai | jour. | 0.78 |
| | nuit. | 0.85 |

Tandis que, dès que l'alimentation comprend des albuminoïdes produisant des résidus toxiques, même en très petite quantité, le coefficient d'oxydation s'abaisse, comme il arrive à M. X..., en juillet, où l'on donne, avec le lait, des œufs, un peu de maigre de porc, des légumes et des fruits. Les urines ne renferment plus alors d'albumine ; mais le coefficient d'oxydation faiblit à intervalles irréguliers.

| | | |
|---|---|---|
| Le 6 juillet : Coefficient d'oxydation. | jour. | 0.65 |
| | nuit. | 0.56 |
| Le 13 juillet | jour. | 0.79 |
| | nuit. | 0.80 |
| Le 22 juillet | jour. | 0.75 |
| | nuit. | 0.78 |

C. — L'accumulation dans l'organisme des résidus toxiques de l'alimentation azotée vulgaire ferme progressivement le rein s'il est incapable de les éliminer complètement.

*En même temps que les toxines, s'accumule l'urée* dans les tissus, jusqu'au moment où, les toxines agissant comme un poison sur le système nerveux bulbo-cérébral, celui-ci entre en jeu à son tour et détermine, par voie réflexe, un œdème aigu congestif qui annule le rein. L'urémie éclate alors, soit spontanément, soit à la suite d'un surmenage musculaire ou d'une congestion accidentelle du cerveau, comme dans la seconde des deux observations que j'ai rapportées.

Si ensuite le rein récupère sa perméabilité, il s'exerce peu après dans les tissus un véritable effet de lavage qui entraîne des masses énormes d'urée. L'individu, hier anurique, éliminera alors pendant de longs jours 30, 40, 50 et jusqu'à près de 60 grammes d'urée par jour, bien qu'il ne boive, pour toute nourriture, que 2 litres ou 2 litres 1/2 de lait. Et l'on assiste alors au spectacle paradoxal et vraiment suggestif d'un urémique brusquement transformé en azoturique.

D. — Il est extrêmement probable que l'abaissement progressif de la perméabilité du rein dans les néphrites chroniques dont je m'occupe, abaissement qui s'accuse de plus en plus alors que matériellement l'organe est suffisant à ses fonctions, pourvu qu'on ne le surmène pas, il est très probable, dis-je, que cet abaissement tient à un empoisonnement subcontinu du système nerveux bulbo-cérébral par les toxines accumulées (1). Cet empoisonnement met en jeu l'action neuroparalytique qui commande l'œdème du rein, lequel s'opère petitement, de façon à encombrer peu à peu la glande jusqu'au

(1) Comparez à ce sujet les opinions de Rattone (de Parme) Albertoni (de Bologne) et Semmola (de Naples) : *Compte rendu du deuxième Congrès de la Société italienne de médecine interne*, *Semaine médicale*, 1889. p. 402.

més dès l'année 1804 et suivantes, à la suite de noms d'auteurs, le titre de *membre de l'Académie de médecine* ? »

J'ai déjà répondu plusieurs fois à des observations semblables et il n'est peut être pas inutile de consigner ici aujourd'hui ma réponse. Deux académies de médecine, sociétés scientifiques tout à fait privées ont précédé, de nom, l'Académie actuelle. La première de ces sociétés a été foudée le 20 octobre 1803 sous le titre de *Académie de médecine de Paris*. Ce titre ne pouvant être conservé en raison de la nouvelle organisation de l'université de l'Empire, la société prit le titre de : *Société académique de Paris* ; mais, à la suite de quelques divisions intestines, les membres se séparèrent en deux camps, l'un conserva le titre de *Société académique*, l'autre prit le nom de Cercle médical (*ci-devant académie de médecine de Paris*). Enfin après pourparlers, les deux sociétés, réunies le 29 décembre 1818, n'en formèrent plus qu'une seule sous le nom de Cercle médical (*ci-devant Académie de médecine* de Paris). Le président honoraire et perpétuel était le baron Portal.

Nous ne donnons pas ces détails avec la plus petite pensée de critique. Pour ma part je ne suis pas sans péchés, je le reconnais et je puis me jeter la première pierre dont parle l'Evangile.

Dans la série d'articles que j'ai publiés à cette place même, à l'occasion de Daviel, j'émettais le vœu que nos confrères de province voulussent bien faire quelques recherches locales. Tout aussitôt, je reçois d'un honorable confrère de Marseille, M. le Dr S. P. une lettre et une brochure. La lettre me dit très spirituellement qu'un médecin de Marseille, élève de mon correspondant, a devancé mon désir et la brochure qui a pour titre : *Notes d'histoire locale. Jacques Daviel chirurgien et professeur à l'Hôtel-Dieu de Marseille* (1723-1746) par le Docteur François Arnaud, nous donne d'intéressants détails sur Daviel considéré comme chirurgien de l'Hôtel-Dieu et professeur d'anatomie et de chirurgie à Marseille. Cette brochure est extraite du *Marseille médical*, numéro de novembre. L'article n'aurait donc pas dû m'échapper ; mais, obligé de parcourir chaque semaine plus de cent journaux de médecine, et autant de livres et brochures, je me contente de lire les sommaires. Or l'auteur a eu le tort, à mon avis, de n'indiquer au sommaire que les mots : *Notes d'histoire locale* sans ajouter Jacques Daviel. Je frappe néanmoins ma poitrine d'un *mea culpa* très sincère, et je renvoie à la brochure indiquée tous ceux qui s'occupent en ce moment du grand oculiste.

moment où un coup brusque d'œdème généralisé la ferme définitivement et met en train l'urémie. De cet œdème soutenu doit forcément naître (suivant la loi de corrélation des œdèmes chroniques avec les scléroses, que j'ai formulée en 1873) un processus interstitiel de néphrite. D'où un cercle vicieux que, du reste, je ne suis pas le premier à avoir signalé (1).

Le processus de la crise urémique s'est accompagné d'ailleurs, dans mon second fait clinique, d'une action vulnérante opérée sur le cerveau et la moelle par les matériaux toxiques. Je n'en veux pour preuve que la sorte d'encéphalite transitoire, légèrement fébrile et accompagnée de relâchement du sphincter anal, de parésie vésicale et de démence, qui a suivi de près l'attaque urémique, et qui s'est poursuivie pendant plus d'un mois, durant lequel on ne pouvait imputer ces troubles à de l'intoxication urémique incomplète, puisque, dans toute cette période, le coefficient d'Albert Robin a été en moyenne de 0.86, et a atteint parfois 0.90 et 0.94.

E. — Il résulte de tout ceci que, dans les cas de néphrite chronique que je vise, le traitement préventif de l'urémie doit consister en une alimentation lacto-végétale, mitigée d'ingestions d'œufs et de viandes qui, comme celle de porc, ne laissent pas sensiblement de résidus toxiques. Je n'ai pas à insister ici sur cette diététique bien connue.

Mais la principale indication est la décongestion systématique du rein, non seulement par l'application biquotidienne de ventouses sèches au niveau du triangle de J. L. Petit, — moyen de dérivation puissant en vertu même des prémisses anatomiques que j'ai posées, — mais encore par des applications discrètes de sangsues chaque fois qu'on voit le coefficient d'oxydation baisser. Ici surtout, l'importance de l'indication capitale introduite pour la première fois dans la science par mon ami Albert Robin est hors de conteste et s'impose d'elle-même.

Quant au traitement de l'attaque urémique, il découle de ce qui précède comme un véritable corollaire : *il doit avant tout viser la décongestion directe du rein annulé momentanément par l'œdème.*

La saignée générale doit être, dans ce cas, toujours pratiquée, non pas tant pour soustraire quelques centaines de grammes de sang toxique, que pour rompre le mode aberrant de la circulation considérée dans son ensemble. Mais on y joindra toujours des *saignées locales* au niveau du triangle de J.-L. Petit.

*Elles consisteront en applications réitérées de sangsues* : d'abord six de chaque côté, puis trois seulement de chaque côté chaque jour, jusqu'à ce que cesse l'anurie. Il ne s'agit pas ici, en effet, d'obtenir une déplétion épisodique, mais d'opérer une décongestion continue des réseaux veineux périlobulaires encombrés. Comme ces vaisseaux communiquent avec ceux du tissu cellulaire sous-cutané et du tégument lombaire, le courant de succion produit par chaque application de sangsues, et soutenu pendant le temps ordinairement assez long où ces animaux restent en place, peut être considéré comme effectuant le maximum d'action déplétive. Cliniquement, du reste, les applications de sangsues m'ont toujours donné des résultats supérieurs à celles de ventouses scarifiées.

Une seconde indication, c'est d'élever la tension intra-vasculaire au moyen de boissons, d'ingestions de lait ou d'eau pure dont l'effet diurétique est certain et éprouvé. Mais jamais ces ingestions de liquides ne peuvent être portées à un taux suffisant quand on opère par la voie buccale. L'urémique comateux boit difficilement et, en somme, peu. On vient alors à remplir l'indication à l'aide de lavements d'eau pure : 250 grammes chaquefois, injectés dans le rectum toutes les deux ou trois heures, à la suite d'un premier lavement fortement purgatif. Les lavements d'eau sont, en effet, dès lors à peu près complètement conservés et peuvent exercer leur effet utile. Je ferai remarquer que non seulement ainsi on élève la pression vasculaire pour en arriver à l'action diurétique, mais encore que, par ce moyen, l'on met en train déjà le lavage des tissus, et l'on commence à solubiliser les matériaux plus ou moins toxiques et l'urée qui y sont accumulés.

Enfin, l'on adjoint à ces moyens d'action l'inhalation presque continue, et, si je puis m'exprimer ainsi, torrentielle de gaz oxygène, qu'on amène à la bouche et aux narines à l'aide d'un large entonnoir de verre, adapté à l'extrémité du tube de

(1) Je suis amené à admettre qu'au début des néphrites chroniques, le rein retient des matériaux toxiques au niveau de chacun des systèmes glomérulaires ou filtres élémentaires lésés, mais non détruits encore. La dépuration urinaire devient de ce chef retardante. D'autre part, les toxines retenues agissent comme un poison sur le système nerveux et mettent en train un œdème réflexé du rein très léger : d'où l'origine du cercle vicieux ; car cet œdème exagère peu à peu les lésions du rein par la sclérose qu'il engendre.

---

L'on sait que les académiciens ont eu depuis longtemps le privilège du fauteuil. Or la mère des académies officielles, c'est l'Académie *française* et cette académie date de Louis XIV, qui ne transigeait guère avec les préséances et l'étiquette. Pourquoi les académiciens avaient-ils un fauteuil? Un tabouret tout au plus en ce temps-là, pouvait leur être octroyé. J'ai cherché en vain, quelque temps, le motif de ce fauteuil, et je l'ai trouvé sans chercher. Dans le recueil des *Pièces intéressantes pour servir à l'histoire de la littérature*, par La Place ; Bruxelles et Paris 1781, j'ai lu que les premiers académiciens s'asseyaient sur de simples chaises, mais le cardinal d'Estrées étant devenu infirme, demanda à Louis XIV, la permission de se faire apporter un fauteuil, et après mûre réflexion le roi ordonna que l'on apportât du garde-meuble quarante fauteuils dont les académiciens devinrent titulaires : Chacun le sien ! Et voilà qui explique l'origine bien assise de l'immortalité académique.

Dr A. DUREAU.

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DE LA SEINE ET L'INDEMNITÉ QUOTIDIENNE DE MALADIE. — Dimanche dernier, a eu lieu l'Assemblée générale de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fondée il y a quatre ans, par M. le docteur Gallet-Lagoguey. Le nombre des sociétaires, qui était de 60 en 1887, et de 121 en 1889, est aujourd'hui de 149. La cotisation mensuelle est équivalente à l'indemnité d'une journée de maladie, soit dix francs, et au total cent vingt francs par an.

Les résultats obtenus jusqu'ici semblent prouver que l'Association médicale mutuelle peut fonctionner avec ses propres ressources. En effet, elle vient de traverser une épidémie qui a éprouvé le corps médical de la Seine, et, néanmoins, le nombre des journées de maladie n'a pas été sensiblement supérieur à celui de l'année dernière.

dégagement de l'appareil inhalateur. On agit de la sorte puissamment, à la fois et sur le système nerveux touché par l'action toxique, et sur les combustions interstitielles, que l'ou relève et qui entrent pour leur large part dans la destruction des toxines retenues dans le milieu intérieur. A ce point de vue, du reste, l'action des inhalations d'oxygène est bien connue, et je n'y insisterai pas davantage ici.

Ainsi donc, *saignées locales réitérées* et ayant pour agents les sangsues; *lavements d'eau réitérés*, concurremment avec l'ingestion du lait par la bouche; *inhalations fréquentes et presque continues même de gaz oxygène*: tels sont, à mon sens, les moyens majeurs dont on doit user dans l'attaque d'urémie comateuse. Cette sorte de trépied thérapeutique formera donc la base du traitement, sans préjudice d'une série de moyens accessoires que chacun connaît et applique dans ce cas. De cette façon, j'ai jusqu'ici traité avec succès la majeure partie des cas d'urémie comateuse que j'ai rencontrés depuis trois ans. Ce même traitement vient d'être encore suivi d'un plein succès chez un malade de l'Hôtel-Dieu, dans l'un des services de clinique de la Faculté, qui était alors confié à mon élève et ami, le professeur agrégé Chandelux. Je puis donc le présenter ici non seulement comme absolument rationnel, mais encore comme cliniquement éprouvé et comme constituant ce que j'appellerai la méthode de choix dans le traitement de l'urémie comateuse chez les brightiques interstitiels.

Je ferai remarquer, en terminant, que je ne vise pas ici les cas d'urémie à forme éclamptique des néphrites dégénératives chroniques dites parenchymateuses. Jusqu'ici, en effet, je ne suis pas fixé entièrement sur l'état des ressources du rein dans ce cas, ni sur le mécanisme de production de la forme d'urémie qui leur est particulière.

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA.

(*Suite*) (1)

VII. — Observations anatomiques et pathologiques sur l'influenza, par le professeur Ribbert, de Bonn. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 4, p. 61.

VIII. — Recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques sur l'influenza et ses complications, par le professeur Weichselbaum, de Vienne. *Wiener medicin. Presse*, 1890, n° 5, p. 181.

IX. — Résultats de l'examen du sang dans des cas d'influenza, par le professeur Klebs. *Centralblatt für Bacteriologie* et *Wiener medicin. Presse*, 1890, n° 5, p. 187.

X. — Sur la pneumonie de l'influenza, par le professeur Finkler, de Bonn, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 5, p. 84.

VII. — Le professeur Ribbert a eu l'occasion de faire, dans les derniers jours de l'année 1889 et dans les premiers jours de la présente année, les autopsies de 8 sujets morts à la suite d'une attaque d'influenza. A cette occasion, il a entrepris des recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques dont voici, en substance, les résultats :

Deux cas se distinguaient des autres par l'absence de lésions pneumoniques. Dans trois cas la pneumonie occupait tout un lobe, mais elle différait néanmoins par bien des particularités de la pneumonie lobaire commune. Une hypérémie de la muqueuse des voies respiratoires, variable comme intensité, existait dans tous les cas; l'examen microscopique décelait en outre une infiltration cellulaire de la muqueuse, et une réplétion exagérée des vaisseaux. La tuméfaction de la rate a été également constatée dans tous les cas; dans quelques-uns, elle était très considérable; de plus le parenchyme splénique était diminué de consistance. Dans un cas, il existait un état de tuméfaction trouble des reins, et dans un autre, un état de dégénérescence graisseuse de l'épithélium des canaux contournés.

Des ensemencements faits avec du mucus extrait de la trachée et des poumons ont fait éclore des colonies de staphylococcus aureus et des colonies d'un streptococcus qui présentait une ressemblance morphologique parfaite avec le streptococcus pyogenes. Les ensemencements faits avec du suc extrait de la rate et des reins n'ont donné que des colonies de streptococcus. La présence de ce microorganisme a été constatée notamment dans les poumons œdématiés d'un malade indemne de toute complication pneumonique.

Dans deux des cas compliqués d'une pneumonie lobaire, les ensemencements faits avec des masses pneumoniques sont restés stériles.

En somme, dans 5 cas, les recherches bactériologiques ont fait découvrir le streptococcus (pyogènes ou érysipélateux) comme seul microorganisme caractéristique. Or, ce microcoque est aujourd'hui bien connu pour être un fauteur d'inflammations secondaires; il est connu notamment pour jouer ce rôle dans les cas de diphtérie, de scarlatine, de fièvre typhoïde, etc. On est donc en droit de se demander s'il n'intervient pas au même titre, dans le développement du catarrhe des voies respiratoires, des pneumonies, des pleurésies, des otites, des méningites, qui compliquent l'influenza. Mais, se demande Ribbert, abstraction faite de ces complications, que reste-t-il pour caractériser l'influenza ? D'autre part, considérer le streptococcus comme principe pathogène de cette maladie, c'est émettre une hypothèse qui se concilie mal avec la marche pandémique de l'influenza, avec son mode d'invasion, etc. Il paraît plus vraisemblable d'admettre que l'influenza reconnaît pour cause un virus encore inconnu, et que la maladie, une fois développée, transforme l'organisme en un milieu extrêmement favorable à la pullulation du streptococcus : ce dernier, quoi qu'il en soit, joue un rôle considérable dans le développement des complications de l'influenza, à en juger par les résultats des recherches de Ribbert.

VIII. — Les recherches bactériologiques de Weichselbaum ont porté sur le sang et les sécrétions catarrhales de malades atteints de l'influenza et sur des produits morbides provenant de cadavres d'individus qui avaient succombé à cette maladie.

L'examen microscopique et bactérioscopique du sang frais, tiré à deux malades affectés de l'influenza, n'a donné que des résultats négatifs.

L'examen de crachats recueillis en pleine période fébrile, dans 18 cas d'influenza, dont 15 sans complications pneumoniques, a donné les résultats suivants : Presque constamment ces crachats contenaient des diplocoques pneumoniques, ou du moins un diplocoque capsulé qui ne différait pas sensiblement du pneumococcus. Dans un tiers des cas seulement, des cultures de ce diplocoque, inoculées à des animaux, ont manifesté la virulence qui est habituelle au pneumococcus. Dans 6 cas, les recherches ont porté non seulement sur des crachats expectorés pendant la période d'état de la maladie, mais encore sur

(1) Voir le numéro 4, p. 42.

des crachats recueillis pendant la convalescence. Ces derniers ne contenaient qu'un petit nombre de diplocoques, d'une virulence très atténuée; un cinquième seulement des animaux inoculés avec les produits de culture de ces crachats ont péri. Jamais, dans le cours de ses recherches, Weichselbaum n'a constaté la présence du bacille de Friedländer dans les matières examinées.

Une jeune fille, bien portante jusque-là, fut prise d'une albuminurie très intense, dans le cours d'une attaque d'influenza. On fit servir les sédiments urinaires à des examens microscopiques et bactériologiques; les deux procédés d'investigation ont fourni la preuve de la présence du diplococcus pneumonique dans les urines.

Sur 10 cadavres de sujets qui avaient succombé, soit dans le cours d'une attaque d'influenza, soit peu de temps après, Weichselbaum a constaté l'existence à peu près constante d'une inflammation des cavités annexes des fosses nasales. Le pus retiré de ces cavités contenait également des diplococcus pneumoniques, et, en outre, une fois le streptococcus, et une autre fois le staphylococcus aureus. Le diplococcus obtenu par voie de culture du pus retiré des fosses nasales se distinguait par son extrême virulence.

La présence du pneumococcus a été constatée également dans 3 cas d'otite médiane développée dans le cours d'une attaque d'influenza, puis au sein des foyers pneumoniques.

D'une façon générale, la rate n'était que faiblement tuméfiée; de même le foie et la rate étaient le siège d'une tuméfaction trouble peu marquée.

Incidemment, l'auteur a relaté le fait suivant: Une jeune fille, qui avait été prise de fièvre quatre jours avant son entrée à l'hôpital, présentait du météorisme; elle se plaignait de douleurs d'estomac; un peu plus tard, elle a en des symptômes cérébraux, des attaques épileptiformes, des douleurs dans la région iléo-cæcale, de la diarrhée. Elle a succombé, et voici les principales lésions qu'a révélées l'autopsie: hydrocéphalie interne, bronchite, petits foyers de broncho-pneumonie, entérite aiguë de la portion inférieure de l'iléon, qui, selon toute vraisemblance, a précipité le dénouement fatal. Les ensemencements faits avec le contenu de l'intestin, dans des plaques de gélatine, ont fait éclore des bactéries et en nombre si considérable qu'il a été impossible de procéder à l'isolement des diverses espèces. Des lapins, auxquels on a inoculé du liquide surnageant au-dessus des matières fécales, ont péri en l'espace de trois jours, après avoir présenté des accidents en tout semblables à ceux de la septicémie consécutive aux inoculations de crachats. A l'autopsie des animaux, on a trouvé des pneumococcus dans tous les organes.

D'après tout cela, deux hypothèses sont possibles: on peut admettre que le pneumococcus est le germe pathogène de l'influenza, ou que ce germe est représenté par un autre microorganisme, encore inconnu, l'existence du pneumococcus dans les organes étant le fait d'une infection secondaire.

La première hypothèse peut, de prime abord, paraître absurde, et cependant, bien des circonstances plaident en sa faveur: c'est d'abord la présence à peu près constante, et presque exclusive, du pneumococcus dans les organes et les sécrétions morbides des sujets atteints de l'influenza, et cela, à la première période de la maladie; la diminution du nombre des pneumococcus et l'atténuation de leur virulence pendant la convalescence; la variabilité d'expression du tableau clinique, qui cadre avec l'aptitude du pneumococcus à fomenter des processus morbides variés; la rapidité d'évolution de la maladie, qui s'explique par l'atténuation rapide de la virulence du pneumococcus. Toutefois l'extension pandémique de l'influenza se concilie mal avec cette première hypothèse.

La seconde hypothèse, qui consiste à rapporter la présence du pneumococcus à une infection secondaire, concorde avec ce fait d'observation, que dans les exanthèmes fébriles aigus, les infections secondaires sont causées par le staphylococcus et d'autres bactéries. Enfin, la présence du pneumococcus dans l'organisme sain peut être invoquée comme un argument en faveur de l'idée qui veut que l'influenza prépare uniquement un terrain favorable à la végétation de ce microorganisme. C'est, en somme, vers la seconde hypothèse que penche Weichselbaum, conclusion à rapprocher de celle qu'a adoptée Ribbert.

IX. — Klebs a examiné des échantillons de sang frais tiré des veines de malades en puissance de l'influenza, et du sang recueilli sur des cadavres, très peu de temps après la mort, chez des sujets qui avaient succombé à cette maladie. En se servant de grossissements un peu forts, il a découvert dans ces échantillons de sang des monades, les unes ressemblant aux hématozoées qu'on observe dans les cas d'urémie pernicieuse, les autres présentant les caractères des flagellées. Celles de cette dernière espèce se rencontraient indifféremment à l'état de liberté dans le plasma, ou incluses dans des globules rouges dont elles altéraient la masse. Klebs rappelle à ce propos que Laveran a constaté la présence de protozoaires semblables, dans le sang des malades atteints de la malaria. Il voit dans cette concordance un argument en faveur de l'opinion de ceux qui admettent des rapports étroits entre l'influenza et l'intoxication palustre.

X. — Dans le cours de l'épidémie d'influenza, qui a sévi à Bonn, Finkler n'a pas observé moins de 45 cas compliqués de pneumonie. Dans 43 de ces cas, la maladie pulmonaire s'écartait notablement du tableau classique de la pneumonie lobaire fibrineuse; elle réalisait les caractères assignés par l'auteur, à la pneumonie infectieuse engendrée par le streptococcus (communication au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, 1888). Voici, *grosso modo*, quels sont ces caractères:

Le début est rarement marqué par un frisson violent, unique, mais par des frissonnements répétés et des sueurs profuses. Quelquefois il existe un point de côté intense et de la toux; d'autres fois, les manifestations pulmonaires initiales sont si peu prononcées qu'elles passent inaperçues. Dans beaucoup de cas, cette pneumonie s'est développée sans affection antécédante des bronches. Elle est presque toujours disséminée en petits foyers limités d'abord à une alvéole, et qui vont confluant, mais en laissant entre eux des intervalles sains, pour s'étendre à travers tout un lobe ou plusieurs, d'un seul côté ou des deux. Quelquefois ces foyers occupent une situation tellement profonde, qu'on ne peut déceler leur existence par la recherche des signes stéthoscopiques.

La respiration est accélérée; les malades sont tourmentés par une soif d'air très vive. La toux est sèche, rare. Les crachats ne présentent pas les caractères qu'on leur trouve dans la pneumonie franche. L'auscultation et la percussion ne donnent pas des résultats bien nets. La matité, quand elle existe, affecte une distribution relativement diffuse; le murmure respiratoire est rude par places; on ne perçoit de souffle bronchique que dans les cas où les foyers pneumoniques sont très superficiels, râles crépitants en beaucoup d'endroits, râles peu nombreux d'ailleurs et fugaces.

Dans un très petit nombre de cas seulement, la température interne s'est élevée au-dessus de 40° pour se maintenir pendant quelque temps à cette hauteur. D'une façon générale, elle

a oscillé entre 38°,5 et 40°. Il n'y a pas de rapport fixe entre l'intensité de la maladie et le degré de la fièvre ; ainsi dans trois cas qui se sont terminés par la mort, la température interne ne s'est point élevée au-dessus de 39°. La grande tendance aux sueurs suffit à imprimer aux malades un aspect différent de celui qu'on observe dans les cas de pneumonie franche.

Le pouls est, en général, d'une extrême fréquence, petit et dépressible, même quand l'élévation de la température interne est considérable. On compte jusqu'à 120 pulsations à la minute, dans des cas où la température corporelle se maintient entre 38° et 39°.

A la période d'état, la dyspnée est considérable ; dans les cas graves, elle constitue la manifestation prédominante. Elle ne dépend pas de la fièvre. Elle s'accompagne souvent de cyanose, de phénomènes d'excitation, insomnie, agitation musculaire, soupirs.

Les accidents comateux paraissent être très rares ; l'ictère a été constaté dans un seul cas.

Sur l'ensemble des malades observés par Finkler, 7 sont morts, dont 3 ont été autopsiés. Dans ces trois cas, les lésions pneumoniques présentaient les mêmes caractères : distribution en forme d'îlots, provenant de foyers lobulaires séparés par des portions de poumon contenant de l'air. Surfaces de coupe lisses ; absence de ces granulations qu'on trouve dans les cas de pneumonie fibrineuse franche. Il n'y a pas, à proprement dire, hépatisation, mais splénisation du poumon, au siège de ces foyers pneumoniques ; il s'agit surtout d'une infiltration cellulaire avec participation du tissu interstitiel. *Présence constante du streptococcus* au sein de ces foyers pneumoniques, d'où Finkler conclut à l'*identité de la pneumonie* de l'influenza *et de l'érysipèle*. D'ailleurs, la muqueuse de la trachée et des bronches est souvent le siège d'une véritable éruption érysipélateuse, et dans un cas, on pouvait se convaincre que cette éruption avait rayonné des poumons vers les bronches. En somme Finkler considère le streptococcus comme le germe pathogène de l'influenza ; le rôle de ce microorganisme ne se borne pas à la production d'une infection secondaire.

En fait d'autres microorganismes, Finkler a constaté, dans un cas, la présence d'un staphylococcus et d'un diplocoque qui différait sensiblement du diplococcus pneumonique de Fränkel. Enfin, dans la plupart des cas, les crachats pneumoniques renfermaient indépendamment du streptococcus, le staphylococcus aureus et le staphylococcus albus, quelquefois aussi des bacilles, deux fois un diplocoque.

Pour ce qui concerne le traitement de la pneumonie de l'influenza, Finkler constate que les bains froids ont donné de mauvais résultats. L'antipyrine et les autres antipyrétiques, le salicylate de soude en particulier, n'ont pas donné non plus des résultats bien brillants. Seul, le chlorhydrate de quinine en suspension dans du vin ou de l'alcool, et associé à l'emploi de la glace, a paru exercer une influence salutaire sur la marche de cette pneumonie. De même, l'administration interne de l'acide phénique, dans quelques cas d'influenza a paru produire des résultats favorables.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE

L'influenza et la diététique végétarienne (1).

Notre vie moderne et civilisée, où il est admis, comme axiome à peu près indiscuté, que la chair du cadavre de certains animaux, tués à cet effet, ou *viande*, est le *summum* du nutritif, est-elle bien la vie normale donnant la santé, la force vitale et la résistance aux épidémies ; le pouvoir de « *Phagocytie* » contre tous les microbes nocifs ou pathogéniques ?... C'est là une question du domaine de la science diététique pure.

Malheureusement, chez nous du moins, cette branche de la médecine est très peu ou pas du tout étudiée ; elle n'a même ni représentant officiel, ni enseignement, ni chaire, et pourtant la diététique et l'hygiène sont, on doit le reconnaître, les deux sciences primordiales de la vie, parce qu'elles nous apprennent à vivre longtemps et à nous passer autant que possible du secours de la médecine. Hippocrate n'a-t-il pas dit :

« ... *Sero medicina paratur*
*Cum mala per longas invaluêre moras* ».

La diététique et l'hygiène nous mettent à même de parer à cette éventualité.

A l'étranger il n'en est pas de même ; là on attache de l'importance à la science de l'alimentation et la diététique végétarienne, par exemple, compte de nombreux adeptes dans le monde scientifique, doctoral, philosophique, et même chez les simples particuliers ; la France seule s'est jusqu'ici tenue à l'écart de ce grand mouvement. Cependant, chose extraordinaire mais commune en somme chez nous, le père et fondateur du végétarisme moderne est Gleïzès, mort en 1843, après avoir publié divers ouvrages doctrinaux, entre autres la « *Thalysie ou nouvelle existence* » ouvrage qu'on ne trouve plus guère aujourd'hui que dans les traductions anglaises et allemandes que les étrangers s'empressèrent de faire sitôt son apparition, tandis qu'un oubli profond s'abattait, dans sa patrie, sur l'auteur de ce remarquable travail.

Nous sommes coutumiers du fait : la première application des inventions françaises de la vapeur, de la locomotive, de l'hélice, même des découvertes de Pasteur sur les microbes ont été faites d'abord par des étrangers. L'adhésion officielle de la Société de chirurgie aux pansements antiseptiques ou pastoriens dit « de Lister », ne date que de 1885 alors qu'ils étaient employés depuis longtemps chez les Russes et les Anglais !

Chose non moins étrange, la plupart de ceux qui, dans les siècles antérieurs, avaient en France l'intuition de la vérité diététique, Montaigne, Bossuet, La Bruyère, Rousseau, etc., etc., n'appartenaient pas au corps médical, dont ce doit pourtant être le domaine naturel. Toutefois Ph. Hèquet, doyen de la Faculté de médecine de Paris, publiait en 1709, un curieux traité intitulé :

« *Traité des dispenses du carême dans lequel on découvre la* « *fausseté des prétextes qu'on apporte pour les obtenir*. *en fai*« *sant voir par la mécanique du corps, les rapports naturels* « *des aliments maigres avec la nature de l'homme*. »

Hèquet, c'est un précurseur médical du végétarisme français.

---

(1) Ce travail ne manque ni d'originalité ni d'intérêt et nous lui donnons volontiers l'hospitalité, à titre de document, suivant le désir de notre honorable correspondant. (N. D. L. R.)

Il est de doctrine à l'étranger que les végétariens résistent aux épidémies bien mieux que les « *nécrophages* » (mot fort imagé qui appartient au professeur Raoux, de Lausanne); celle actuelle d'influenza fournit une démonstration nouvelle de cet axiome de diététique. Ma correspondance européenne me prouve qu'il se vérifie de toutes parts, et que les végétariens de longue date en sont parfaitement indemnes; les récents ou les néophytes sont à peu près seuls atteints, mais légèrement, ou bien aussi ceux qu'une longue habitude de la nécrophagie ou des circonstances particulières d'habitation, de profession, etc., avaient imprégnés plus profondément de microbes pathogéniques, et qui par là sont un meilleur terrain de culture pour celui ou ceux de l'influenza.

Il est de notoriété que, de tout temps, les grands déplacements d'hommes ont amené des épidémies variées. Rien d'étonnant à ce que celle-ci fût due aux 30 millions d'hommes qui, d'après les relevés officiels, ont visité notre exposition de 1889.

Qu'importe l'endroit où elle a éclaté tout d'abord : la dissémination est rapide avec les chemins de fer actuels, et sa généralité même le prouve comme sa localisation ordinaire dans les organes de respiration, surtout en contact avec l'air ambiant.

Quoi qu'il en soit, ce fait de la résistance des végétariens à l'épidémie actuelle, bien que connu à l'étranger et rapporté dans leurs journaux, revues ou volumes doctrinaux, méritait d'être signalé dans notre France où la routine nécrophagique irraisonnée a beaucoup d'empire et a envahi presque toutes les classes de la société.

S'il m'était permis de m'appuyer sur ma propre démonstration, je dirais que ma maisonnée de 6 personnes, toutes végériennes, n'a point failli à cet exemple. Pour être exact, une ou deux, praticantes de moins longue date, ont ressenti une fois un peu de mal de tête et de courbature, mais ne se sont jamais alitées. Les autres, dont son chef, jouissent et ont toujours joui de la plus florissante santé, alors qu'autour de nous, chacun payait, plus ou moins, tribut à l'épidémie, même par la mort, comme partout.

Je devais, pour rendre hommage à la vérité, faire cette constatation et je désire qu'elle figure dans l'histoire de l'épidémie actuelle à titre de document, et aussi qu'elle prenne place au dossier de la nécrophagie, qui minore la race de la morbifie.

Dr Bonnejoy (du Vexin).

## BIBLIOGRAPHIE

La chaleur animale, par le professeur Charles Richet, 1 vol. in-8. — Paris, Alcan, 1889.

En tête de son livre, M. Richet a placé les expériences de Lavoisier sur les combustions respiratoires. « Ce que Lavoisier a démontré, dit-il c'est l'axiome fondamental de la biologie, celui qui nous guide tous, médecins et physiologistes, dans toutes nos recherches : *La vie est une fonction chimique* ». La formule que M. Richet a donnée à cet axiome est sans doute trop absolue, puisqu'il n'y est fait aucune place aux phénomènes physiques dont la production est souvent le but des combustions organiques. Mais, pour traiter de la chaleur animale, on ne pouvait faire choix d'un meilleur point de départ. Comment se fait-il alors que l'auteur, après un tel début, se soit si peu occupé de chimie physiologique, et qu'il n'ait pas cherché à analyser chimiquement cette fonction chimique, qu'il n'ait pas étudié la question de savoir quelles sont les substances dont l'énergie chimique se transforme en force vive et par quelles réactions s'accomplit cette transformation? La chaleur animale n'est traitée, en effet, dans ce livre, qu'au point de vue physiologique; mais il faut dire qu'à ce point de vue, elle l'est magistralement. M. Richet est tout particulièrement compétent en ces matières, dont il a fait l'objet de recherches variées et ingénieuses. La science lui est redevable d'un grand nombre de faits qu'il produit dans son ouvrage, et sur l'ensemble desquels il établit cette loi physiologique : « Chez les animaux à sang chaud, c'est le système nerveux qui règle les combustions organiques. »

Les sujets importants du livre sont les suivants :

Distinction des animaux en deux classes : animaux à température fixe et animaux à température variable. Moyenne de la température de l'homme, variations pathologiques de cette température. Localisation physiologique de la production de chaleur. La calorimétrie. La régulation de la chaleur par la respiration.

La température normale de l'homme a été déterminée avec toute la précision possible, en tenant compte de toutes les observations existantes, soigneusement critiquées; la chaleur dans les maladies est étudiée de la même façon.

Les recherches sur la calorimétrie démontrent cette loi physiologique, que la production de chaleur chez les animaux est proportionnelle, toute chose égale d'ailleurs, à la surface et non au poids. Cette loi, qui est de la plus haute importance pour la physiologie comparée, aurait pu logiquement être déduite des lois physiques du rayonnement rapprochées du fait que la température est constante. Elle contribue donc pour sa part, à faire rentrer l'animal sous l'empire des lois du monde inanimé.

Enfin, traitant de la régulation de la chaleur au point de vue de la lutte de l'organisme contre l'hyperthermie, M. Richet passe rapidement sur la sueur et les phénomènes vasomoteurs pour étudier cette fonction chez le chien, où elle s'effectue par la perspiration pulmonaire. Cette question est étudiée par des expériences ingénieuses qui ont montré des faits remarquables. Tout l'ensemble peut prendre place parmi les découvertes physiologiques les plus intéressantes de ces dernières années.

### REVUE DES THÈSES.

#### HERNIES.

Du traitement des hernies dites irréductibles, par J. Meyville (Th. de Paris, 1888).

Quoi qu'en puisse dire l'auteur, il fait dans son travail le procès de la cure radicale des hernies dites irréductibles. Il la présente comme un traitement d'exception, comme une arme de réserve devant être mise à profit dans les seuls cas désespérés. Il édifie, à notre avis, une œuvre de réaction très nettement accusée. Les sages et anciennes prescriptions de Malgaigne et Broca ne sauraient avoir une valeur aussi grande qu'à l'époque où elles ont été édictées, l'antisepsie n'ayant pas encore enlevé au péritoine son invulnérabilité. Sans doute on ne doit pas, de parti pris, s'armer du couteau en face de toute hernie dite irréductible; sans doute il est tout indiqué de chercher à voir ce que peuvent faire le repos et la compression contre cette prétendue irréductibilité. Mais on ne prolongera pas indéfiniment un traitement qui pourrait bien devenir malgré tout dangereux et l'on aura recours à l'intervention sanglante, à la cure radicale qui pour exiger de l'opérateur quelques aptitudes chirurgicales, est réellement efficace, exposant peu aux récidives et beaucoup plus bénigne que n'a pu le croire M. Meyville.

Bien que nous ne soyons pas de tous points de l'avis de l'auteur, nous ne pouvons nous empêcher de faire l'éloge de son travail.

De la cure radicale des hernies congénitales, par P. Barrier (Thèse de Paris, 1888).

La cure radicale des hernies est à l'ordre du jour. Tout chirurgien doit pouvoir la pratiquer de propos délibéré ou comme complément à peu près obligé de toute kélotomie. C'est une opération relativement bénigne que l'on exécutera pour remédier à une omphalocèle congénitale si le volume de la tumeur et la capacité suffisante des parois abdominales permettent d'assurer une réduction facile et durable. De contre-indication véritable, elle n'en trouve que dans l'âge trop tendre ou trop mûr des malades. En deux mots l'opération consiste dans l'ouverture du sac, la libération, la ligature et la résection de l'épiploon et de son pédicule, la réduction de l'intestin s'il y a lieu, la dissection et la résection du sac avec ou sans ligature de son collet, et la suture en masse de la paroi avec ou sans avivement de l'anneau. Un bandage approprié ou une ceinture élastique devront être consécutivement employés pour parfaire la guérison et éloigner toute chance de récidive.

De la hernie diaphragmatique d'origine congénitale, par A. Monnier (Thèse de Paris 1889).

La hernie diaphragmatique congénitale n'est pas aussi rare qu'on a bien voulu l'écrire puisque l'auteur, prenant pour point de départ de son étude une observation fort intéressante puisée à Nantes dans le service de son maître M. Hervouet, a pu trouver dans la littérature médicale la relation de cent seize cas à peu près analogues. Et il pourrait encore ajouter à cette longue série tous ceux qui ont été publiés par M. Duguet et qui étaient pour la majeure partie contemporains de la naissance elle-même.

L'affection dont il s'agit est due à un défaut de développement du diaphragme, que celui-ci soit cause ou conséquence, ainsi que le pensait Cruveilher, de la hernie. Il en résulte des orifices de formes variées, en croissant, ou ronds, ou ovalaires, siégeant le plus souvent à gauche mais susceptibles de se montrer à droite et au centre, tantôt en plein muscle, tantôt en plein centre aponévrotique, tantôt à la limite des deux. Par eux l'intestin, l'estomac, la rate, le foie, le pancréas, les reins peuvent apparaître et se fixer dans la cavité thoracique. La vie est assurément compatible avec de semblables malformations, quoique les existences prolongées soient rares et les âges avancés tout à fait exceptionnels. Inutile de parler de la difficulté du diagnostic qui, s'il était établi, devrait modifier l'observance d'une hygiène rigoureuse et l'intervention radicale par laparotomie aux premiers soupçons d'obstruction ou d'étranglement.

Ch. Amat.

## BULLETIN

Bactériologie et transmissibilité de la grippe. — L'antisepsie par les sages-femmes. — L'huile de foie de morue. — Le bacille typhique dans l'urine. — Recherches du même bacille dans l'eau.

Les recherches sur le ou les microbes et la transmissibilité de la grippe se poursuivent sans apporter d'éléments bien nouveaux. M. Weichselbaum, dans une communication à la *Société des médecins de Vienne*, dit avoir trouvé presque constamment des pneumocoques dans le sang, les sécrétions, les organes des malades atteints de la grippe, et se demande si le pneumocoque est causé par la grippe, ou s'il ne se développe que sous l'influence d'une infection primitive encore inconnue. La présence du pneumocoque chez l'homme sain le fait pencher pour la seconde hypothèse.

Ce qui tend à confirmer cette hypothèse c'est que toutes les pneumonies consécutives à la grippe ne sont pas à pneumocoques. Par exemple Finkler, dans un nombre considérable de cas, a trouvé, soit dans les sécrétions pendant la vie, soit à l'autopsie, des streptocoques ; aussi considère-t-il ces pneumonies comme de véritables érysipèles du poumon. Mais il va plus loin, trop loin, suivant nous. Il tend, en effet, à admettre que ces pneumonies à streptocoques, qu'il sépare de la pneumonie franche, ne sont pas le résultat d'une infection secondaire, mais procèdent directement de la grippe, dont le streptocoque serait ainsi le microbe spécial. Nous ne pourrions que répéter, à ce sujet, ce que nous avons dit dans notre dernier bulletin.

Les recherches de M. Klebs (de Zurich) présentent un peu plus d'originalité. En portant sous le champ du microscope une goutte de sang recueillie par une simple piqûre du doigt chez des malades atteints de grippe, cet auteur a constaté la présence de microorganismes plus élevés que les bacilles, et appartenant à la famille des monades. Ces organismes rappellent ceux qu'il a décrits dans l'anémie pernicieuse, et que l'on trouve aussi dans la malaria. Ils s'attaquent aux globules qu'ils altèrent en s'appropriant peut-être la matière colorante. La grippe se rapprocherait ainsi des maladies à hémotozoaires. Le microorganisme en question (rhyzomastigma) en serait la cause première et l'agent de transmission ; la maladie serait ainsi primitivement contagieuse. Le fait très intéressant de transmission de la grippe, communiqué à l'Académie de médecine par M. Proust, semblerait confirmer cette manière de voir ; mais, en somme, il ne change rien aux considérations que nous avons développées sur ce point. Les résultats obtenus par M. Klebs et les inductions qu'il en tire demandent, en effet, le contrôle d'autres expérimentateurs.

— L'obstétrique, non moins que la chirurgie, a largement bénéficié de la méthode antiseptique. La fièvre puerpérale, qui prélevait autrefois un si lourd tribut sur les femmes en couches, tend de plus en plus à devenir une rareté. Elle ne se montre plus guère que dans la pratique des sages-femmes, d'où il s'agit de la faire disparaître en mettant à la disposition de celles-ci des méthodes et des agents d'une application à la fois facile et exempte de dangers. Tel est le but et telles sont les conclusions du remarquable rapport lu par M. Budin à l'Académie de médecine, au nom d'une Commission dont faisaient partie avec lui MM. Bourgoin, Guéniot, Brouardel, Tarnier et Nocard. On s'est déjà occupé de cette importante question dans divers pays où des instructions précises, à la fois médicales et administratives, ont été données aux sages-femmes. En France, on s'est jusqu'à présent borné à fournir aux sages-femmes, par l'entremise de l'Assistance publique, une solution concentrée d'acide phénique. La Commission est d'avis que le meilleur de tous les antiseptiques, dans ces conditions, est le sublimé, et elle indique le moyen de délivrer cette substance aux sages femmes sans exposer, dans la mesure du possible, à des accidents d'intoxication. Si, comme l'a fait espérer M. Laborde, on peut prévenir les effets toxiques du sublimé, sans amoindrir ses propriétés antiseptiques, le problème est résolu. L'Académie a ajourné sa décision à une prochaine séance.

— L'empirisme, — nous prenons ici ce mot dans sa bonne acception, celle que lui donnait Trousseau, — précède habituellement de longue date les données expérimentales du laboratoire ; il n'en est pas moins important que la pratique qu'il inspire reçoive de celles-ci un contrôle et une confirmation. A ce point de vue les recherches *sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue*, communiquées à l'Académie de médecine par MM. Gautier et Mourgues, présentent un véritable intérêt. L'analyse des divers facteurs qui concourent à l'action si efficace de ce médicament dans tous les cas où l'économie est débilitée par des maladies de dégénérescence, permet, non seulement de se rendre compte de cette action, mais encore d'apprécier, parmi les différentes sortes d'huiles de foie de morue, celle qui, dans tel cas donné, doit être préférée.

— Il importe à la prophylaxie des maladies microbiennes de connaître les portes de sortie comme les portes d'entrée des micro-organismes. Pour que la désinfection ne donne pas une sécurité trompeuse, il faut évidemment qu'elle porte sur tous les produits d'excrétion pouvant recéler l'agent contagieux. Par exemple, en ce qui concerne la fièvre thyphoïde, on ne saurait se borner à désinfecter les matières fécales : d'après des recherches poursuivies depuis longtemps par M. Neumann, et dont il a communiqué les plus récentes à la Société de médecine berlinoise, l'urine contiendrait fréquemment le bacille d'Eberth. Sur 48 malades et 114 examens, il a constaté 11 fois la présence de ce bacille dans l'urine. Ce fait a déjà été signalé par M. Bouchard ; mais tandis que, pour lui, le passage du bacille dans l'urine exige au préalable une lésion rénale, qui s'est traduite dans les cas qu'il a observés, par la présence dans l'urine d'une certaine quantité d'albumine rétractile, M. Neumann a trouvé le bacille dans des cas où l'albuminurie était nulle ou à peu près, et par conséquent il considère la migration du micro-organisme comme indépendante de la néphrite typhique. Quoi qu'il en soit, une fois dans la vessie, le bacille y pullule et paraîtrait conserver sa virulence jusqu'au 15e, 20e, 21e jour de la convalescence. Ce fait est important à connaître, non seulement, comme nous le disions un peu plus haut, au point de vue prophylactique, mais encore, dans certains cas douteux, au point de vue du diagnostic.

— La recherche du bacille d'Eberth n'est pas toujours facile, même dans l'eau qui en contient une certaine quantité. M. Vincent vient de faire connaître, à la Société de biologie, un nouveau procédé, qui lui a doné des résultats plus constants et plus certains que celui de MM. Chantemesse et Widal, et qui consiste dans l'ensemencement successif et précoce de l'eau à analyser dans du bouillon phéniqué porté à 42°. Le bacille typhique résiste à l'action de l'acide phénique et à celle de la température qui arrêtent le développement des autres bactéries. On pourra employer avec avantage le même procédé pour la recherche du bacille dans l'urine des typhiques.

Dr F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

Legs de Mme Huguier. — Ajoutant aux générosités antérieures de son mari, Mme veuve Huguier, vient de laisser 15,000 francs à l'Association générale de secours mutuels des médecins de France ; 5,000 fr. à la Société centrale de l'Association ; 10,000 fr. à la Société de chirurgie « somme dont la Société disposera dans le but le plus utile de ses travaux ». Mme Huguier a laissé en outre à l'Association générale des médecins de France, la nue propriété d'un titre de rente 3 0/0 de 6,000 fr. dont l'usufruit appartient à une de ses amies.

Mission. — M. Ricard, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, vient de recevoir du ministre de l'instruction publique la mission d'aller étudier en Allemagne les progrès de la chirurgie et l'organisation des services chirurgicaux dans les hôpitaux des principales villes de l'Empire.

Tarif des expertises judiciaires. — Vendredi dernier, le Conseil général de l'Association générale des médecins de France s'est réuni, sous la présidence de M. Henri Roger, pour délibérer sur la conduite à tenir dans la question de la réforme du tarif des honoraires pour expertises judiciaires.

Il a été décidé, dans cette réunion, que le Conseil général de l'Association se mettrait à l'entière disposition des Sociétés locales pour centraliser leurs réclamations et les faire aboutir. Une circulaire dans ce sens vient d'être adressée à tous les présidents des Sociétés locales.

La grippe a Constantinople. — Depuis près d'un mois la grippe sévit à Constantinople. Son allure est celle qu'on a notée à Paris et ailleurs : mêmes complications graves, souvent mortelles, chez les personnes affaiblies ; mêmes bronchites capillaires spéciales, broncho-pneumonies, pneumonies et pleurésies infectieuses ; mêmes rechutes fréquentes, soit spontanément, soit par sorties prématurées. On a constaté parfois des éruptions fugaces, rubéoliformes, mais elles n'ont aucune analogie avec celles de la dengue et il est tout à fait certain qu'on a eu la dengue d'abord, et la grippe après. La dualité de l'épidémie ne fait pas doute pour les médecins de Constantinople.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris*. — Une chaire de pathologie médicale est déclarée vacante.

M. le docteur Gilbert, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-90, des fonctions de chef de laboratoire de thérapeutique.

M. Beretta est nommé aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Rémy, démissionnaire.

* *

*Corps de santé de l'armée.* — Par décret en date du 8 janvier, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe, M. Schindler (Charles-Antoine), médecin-major de 1re classe ; au grade de médecin major de 1e classe, MM. Ga dit Gentil (Joseph-Auguste) et Testevin (Gatien-Jean), médecins-majors de 2e classe ; au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Landouzy (Georges-Paul) et Cornille (Irénée-François), médecins aides-majors de 1e classe.

* *

*Corps de santé des colonies et pays de protectorat.* — Nominations. — Au grade de médecin-inspecteur de 2e classe : M. le docteur Treille, médecin en chef de la marine.

—Au grade de médecin en chef de 1re classe : M. le docteur Kermogant, médecin principal de la marine.

* *

*Asile d'aliénés d'Evreux.* — Une place d'interne est vacante à cet asile. Honoraires 1,200 fr., plus logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage ; 12 inscriptions de doctorat sont nécessaires. Les demandes doivent être adressées au directeur.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Traité d'hygiène publique et privée*, par le docteur J. Rosenthal, professeur ordinaire de physiologie et d'hygiène à l'Université d'Erlangen, traduit et annoté par le Dr H. Lavraud, professeur suppléant chargé du cours d'hygiène à la Faculté catholique de Lille. Avec 109 figures en noir et en couleurs, dont deux hors texte. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1890.

*De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphthérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou.* par le docteur A. Leblond, médecin de Saint-Lazare e-Ch. Baudier, ex-interne de Saint-Lazare. — Paris, Bureau des publications du Journal de médecine Paris, 35, boul. Haussmann.

*Scènes et types du monde savant*, par Victor Meunier. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1889.

*Malades, médecins, Pharmaciens*, par le docteur Victor Macrobins. — Paris, imprimerie Décembre, 1889.

*Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889 à Paris*, par M. Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Karaval, L. Lamoth, A. Raoult, L. Regnier, A. Rousselet. Nombreuses figures dans le texte. — Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes et chez E. Lecrosnier et Babé, éditeurs, place de l'Ecole-de-médecine, 1889.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 19 AU SAMEDI 25 JANVIER 1890.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine 5. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 257. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses, 37. — Autres, 5. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 51. — Brouchite aiguë, 51. — Brouchite chronique, 51. — Broncho-pneumonie, 48. — Pneumonie, 92 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 8 — Biberon, 34. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 8. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 23. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 198. — Causes inconnues, 20. — Total : 1147.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 26 JANVIER AU 1er FÉVRIER.

Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 2. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 24. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 23 — Tumeurs cancéreuses, 33. — Autres, 5. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 47. — Brouchite aiguë, 37. — Brouchite chronique, 44. — Broncho-pneumonie, 31. — Pneumonie, 51. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. — Biberon, 37. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 44. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 191. — Causes inconnues, 9 — Total : 1046

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.





# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MEDECINE PRATIQE

RECHERCHES SUR LES NÆVI PIGMENTAIRES CIRCONSCRITS ET DIFFUS,

Par M. le Dr Variot, médecin des hôpitaux. (1)

### I

Les nævi pigmentaires circonscrits sont communément désignés sous le nom de *signes* ou de grains de beauté.

Les nævi pigmentaires diffus, c'est-à-dire occupant une certaine étendue de la surface cutanée, sont classés vulgairement avec les nævi vasculaires, sous le nom d'*envies*.

Ces *envies* pigmentaires peuvent être extrêmement vastes, recouvrir tout un membre ou une grande partie du tronc; c'est alors la *mélanodermie congénitale* dite, aussi, à tort, la *nigritie* par les dermatologistes.

Le terme d'*envie* qui est populaire, évoque de suite dans l'esprit ces dérèglements singuliers qu'on observe chez les femmes enceintes, sous forme de désirs violents, impérieux, ou d'impressions cérébrales d'une extrême intensité qui pourraient avoir un contre-coup direct sur le fœtus.

C'est, en effet, un préjugé presque aussi vieux que le monde que l'influence de l'imagination de la mère sur la formation de l'embryon.

On lit dans la Bible, que Jacob entremêlait des branches vertes et écorcées de peuplier et de platane devant les yeux des brebis, au moment des approches du bélier, pour obtenir des agneaux tachetés (1).

Empédocle conseillait aux mères qui voulaient avoir de beaux enfants, de concentrer leur attention, pendant l'acte de la fécondation, sur une belle statue de marbre, comme si elles avaient ainsi le pouvoir de modeler leur embryon.

Ambroise Paré partageait ces illusions.

Descartes appuyant ces préjugés séculaires, essayait d'en donner une interprétation. Il pensait que les impressions, les images produites dans le cerveau de la mère se propageaient au fœtus par les voies de la circulation.

Je ne cite à dessein, dans ce court aperçu historique, que des noms illustres, pour montrer que les erreurs communément accréditées encore aujourd'hui, ont été acceptées par de hautes autorités.

Demangeon (2), dans un ouvrage critique fort érudit et fort remarquable, est un des médecins qui ont le plus fait pour jeter la lumière scientifique sur cette question restée jusque-là un peu mystérieuse.

Mais son travail date du commencement du siècle et il n'a-

(1) Communication faite à la Société d'anthropologie le 2 janvier 1890.

(1) Voltaire, avec son septicisme railleur, s'étonnait que les brebis qui avaient les yeux fixés sur l'herbe, qu'elles broutaient, ne produisissent pas des agneaux à la toison de même couleur.

(2) De l'influence de l'imagination de la mère sur le produit de la gestation.

## FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

*Suite* (1).

VII. *Histoire de l'anesthésie. L'antisepsie*, par M. Laboulbène. — Cours d'histoire de la médecine de la Faculté de Paris. (*Revue scientifique*, numéros des 14 déc. 1889, 18 janvier 90.) — VIII. *Un chirurgien au siècle dernier : P. J. Desault*, par Emile Sauzay. Thèse de doctorat, 1889. — IX. *Account of the Life and Work's Master Peter Love*, the Founder of the Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow. In-8° carré de 84 p. Glasgow, 1889. — X. *Beitrag Zur Augenheilkunde des Aetius*, par Leopold Danelnis (Thèse de Berlin). In-8, 75 p. Berlin, 1889. — XI. *Ueber die Augenheilkunde der Alten Aegypter*, par J. Hirschberg. In-8, 36 p. Leizig et Berlin, 1889.

VII. — M. le professeur Laboulbène a inauguré, cette année scolaire, son cours d'histoire de la médecine, par deux leçons consacrées la première, à l'anesthésie, la deuxième à l'antisepsie. Ce sont deux résumés excellents à lire et à apprendre.

L'éthérisation chirurgicale a été signalée pour la première fois par le docteur Long d'Athènes en 1842. En Amérique, en 1844, l'usage du protoxyde d'azote paraît dû au dentiste Wels, et l'éthérisation à Jackson en 1842. Enfin Norton, l'ancien associé de Warren s'en servit dans la première grande opération d'anesthésie chirurgicale faite en 1846, à Boston. Inutile d'ajouter, que depuis lors, Jackson et Morton se sont disputé l'honneur de la découverte et que de même que pour la naissance d'Homère, ou le bras absent de la Vénus de Milo, il paraît de temps à autre un mémoire, pour discuter l'origine de la découverte. J'ai à cette occasion signalé à mon excellent ami, M. Laboulbène, un incident qui ne manque pas d'intérêt. J'ai trouvé mentionné dans les papiers de notre Académie de médecine, une lettre adressée en 1828, au Roi Charles X par un chirurgien de Londres, nommé Hickmann ou Hickman. Dans cette lettre Hickmann annonçait qu'il avait découvert le moyen de suspendre la sensibilité des sujets, dans les opération chirurgicales. Ce moyen consistait à introduire méthodiquement certains gaz dans les poumons. La note en question, transmise à l'Aca-

(1) Voir le numéro précédent.

vait pas à sa disposition les moyens d'investigation qui nous sont familiers maintenant.

J'entreprends, à mon tour, d'interpréter, par l'analyse microscopique, les taches pigmentaires et les *nævi* pigmentaires circonscrits.

Je crois pouvoir démontrer par ce moyen : 1° que les nævi pigmentaires circonscrits et diffus sont de même nature, et que, si on observe tous les intermédiaires comme grandeur, depuis le grain de beauté jusqu'à la mélanodermie congénitale, on ne trouve pas de différence fondamentale entre ces difformités cutanées, au premier abord si dissemblables ;

2° Que les grandes plaques de mélanodermie congénitale, qualifiées de nigritie, n'ont de commun avec la pigmentation des nègres, que la teinte plus ou moins brune ;

3° Que ces pigmentations anormales de la peau concordent toujours avec un état irritatif du derme dont l'origine remonte probablement à la vie fœtale ou à la première enfance ;

4° Que les tentatives de destruction de ces taches pigmentaires quand elles siègent au visage par exemple, sont parfaitement légitimes et peuvent être heureuses, si elles sont faites par des procédés appropriés.

Mais jetons d'abord un coup d'œil sur les objets qui vont servir à notre démonstration.

En premier lieu, les nævi pigmentaires circonscrits, dans notre race, sont très habituels. Il est peu de personnes qui en soient entièrement dépourvues. Chez la femme, un grain de beauté bien placé ajoute un charme de plus à la physionomie A certaines époques, même, il était de mode de suppléer par des mouches artificielles à ces petits avantages refusés par la nature.

Les lieux d'élection de ces petites taches sont la partie postérieure du cou, la partie antérieure du thorax, le visage, etc. Ces taches pigmentaires sont soit lisses, soit papuleuses, soit parfois hypertrophiques et souvent pourvues de poils assez développés.

La teinte varie du jaune clair au noir suivant la couleur des cheveux.

Nous avons rapporté antérieurement (1) l'histoire d'un jeune mulâtre de la Martinique, qui présentait quelques signes d'un noir de charbon, dont nous avons donné une description microscopique.

Nous avons retrouvé des taches du même genre sur de vrais nègres.

Les hommes javanais amenés à Paris pour l'Exposition, se promenaient le thorax à découvert, et nous avons aperçu sur leur peau des taches pigmentaires.

Le signe est donc un accident cutané d'une grande constance puisqu'il est commun aux divers races humaines.

Les taches pigmentaires de l'étendue d'une pièce de un franc, de cinq francs ou même plus grandes, variant de la teinte gris sale à la teinte chocolat, sans avoir la fréquence des signes, sont loin d'être rares.

Entre ces taches et les grands placards de mélanodermie congénitale on rencontre tous les intermédiaires.

Les auteurs qui ont étudié les monstruosités, je citerai spécialement Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (1), la plupart des dermotologistes ont rapporté des cas plus ou moins remarquables de mélanodermie congénitale. Nous-même, qui avons fixé notre attention depuis plusieurs années sur ce sujet, nous pouvons ajouter un contingent de faits à ceux de nos devanciers.

Je rappelerai d'abord l'observation d'un enfant, qui a été publiée par moi dans les Archives de physiologie en 1887 (1). Une planche représentant exactement la difformité cutanée est annexée à ce travail.

Il s'agissait d'un petit garçon né d'un père et d'une mère blancs, dont presque tout le torse était recouvert d'une immense plaque de mélanodermie. La teinte de la peau était d'un brun chocolat ; la région lombaire pigmentée était pourvue de poils longs et soyeux. Cet enfant présentait d'autres taches pigmentaires beaucoup plus petites, éparses sur les membres et le visage. Il n'avait aucune autre malformation apparente des organes, néanmoins il a succombé à la rougeole à l'âge de deux ans.

Il est rare que la mélanodermie congénitale acquiert de plus vastes proportions que chez cet enfant.

J'ai rencontré cette année même à l'hôpital Trousseau deux

(1) Bulletin de la Société d'anthropologie, 1889.

(1) Anomalies de l'organisation.

(1) Notes sur les lésions de la peau dans la mélanodermie congénitale (In Arch. de physiologie avec une planche).

---

démie pour examen, fut renvoyée à la section de médecine. Hickmann ajoutait qu'il n'avait fait d'expériences que sur les animaux et il manifestait le désir d'opérer devant les grands chirurgiens de Paris. La section en rapportant la note demanda qu'une commission sociale fut nommée, ce qui eut lieu; malheureusement je n'ai pu retrouver le dossier de cette affaire. Confié à Ségalas, l'on ignore ce qu'il est devenu, et je n'ai encore pu terminer, à ce jour, le dépouillement de nos archives, en voie de classement. Quelques journaux anglais du temps, ne m'ont rien appris sur Hickmann et sa découverte, mais plusieurs médecins de ce nom, ont vécu à cette époque et si l'un do nos confrères d'Angleteterre pouvait me fournir quelques renseignements, je le remercierais volontiers.

La seconde leçon de M. Laboulbène consacrée à l'antisepsie, renferme également une partie historique qui mérite une mention particulière. Il s'agit des connaissances hippocratiques et des antiseptiques des anciens qui ont donné lieu à un travail remarquable dû à M. le professeur Anagnostakis d'Athènes, travail dont j'ai entretenu nos lecteurs à cette place même.

VIII. — Desault est bien certainement l'un des chirurgiens qui se présentent le plus souvent à la pensée des écrivains spéciaux de notre temps et cependant il attend encore un biographe ! Ce n'est pas qu'il manque de notices biographiques et même de biographies touchantes, mais elles ne sont pas assez exactes et ne contiennent pas certains détails historiques signalés depuis leur rédaction.

Fils de modestes cultivateurs, (l'on disait alors paysans), Desault est placé de bonne heure dans une école particulière, puis au collège de Lure, il a terminé ses études à 17 ans. On le confie à un chirurgien barbier, puis il va étudier à l'hôpital de Belfort. Arrivé à Paris, à 20 ans, n'ayant pour toute fortune que son intelligence et son ambition, il dut donner pour vivre des leçons de mathématiques ; l'excès de travail aux amphithéâtres lui fait contracter une maladie grave ; enfin il ouvre un cours particulier d'anatomie qui porte ombrage à la Faculté. Il devient l'ami de Bichat, de Chopart, le protégé de La Martinière et de Louis, fait partie du collège et de l'Académie de chirurgie. Chirurgien de la Charité puis de l'Hôtel-Dieu, il est le premier dit-on, qui à l'hôpital, ait fait d'une manière suivie des leçons de clinique chirurgicale et il a appliqué le premier, la compression, puis la ligature, dans le traitement des anévrysmes. Arrêté comme suspect, à l'Hôtel-Dieu même, il est détenu trois jours et mis en liberté après des récla-

jeunes enfants ayant des plaques de mélanodermie d'une moindre étendue et d'une topographie tout à fait différente.

Les photographies intercalées donneront une idée beaucoup plus exacte de ces difformités cutanées que mes descriptions abrégées.



L'un de ces enfants est un petit garçon de 4 ans. Il porte au *côté droit* de la face une grande tache noir-brun qui occupe la région temporale, descend sur la joue jusqu'à l'angle de la mâchoire, s'avance sur la région malaire, couvre les deux paupières, le sourcil et remonte sur la peau du front sans atteindre la racine des cheveux. Cette plaque s'arrête dans la région supra-nasale, en dépassant légèrement la ligne médiane. La peau de cette région est d'une teinte noire plus foncée au centre ; les tons vont en se dégradant à la périphérie, qui est irrégulièrement découpée.

Il semble que la figure a été barbouillée avec du charbon. Les parents comparent cette difformité à une *peau de taupe* probablement parce que le sourcil correspondant est plus fourni en poils que le sourcil du côté opposé.

Les conjonctives palpébrales du même côté, quand on les renverse, montrent de petites taches ardoisées et, sur la conjonctive bulbaire, à quelques millimètres de la cornée, on voit un petit îlot noir qui est extrêmement apparent.

A part quelques *nœvi pigmentaires* circonscrits disséminés sur la peau du tronc, cet enfant est bien conformé. Son père et sa mère sont Parisiens.

L'autre enfant est une petite fille qui nous a été amenée à l'âge de cinq semaines à l'hôpital Trousseau pour être traitée d'une difformité qui désespérait sa mère.

Cette petite fille bien portante est née à Corbeil avec un



bras de singe ; et la mère ne doute pas que cette monstruosité ne soit survenue, parce qu'elle a donné la main à un singe de ménagerie pendant sa grossesse.

Toujours est-il que tout l'avant-bras du côté droit est enveloppé d'une énorme plaque de mélanodermie. La zone de peau teintée remonte jusqu'au-dessus du coude et s'arrête brusquement comme le ferait un gant. En bas la teinte noire est limitée au poignet en avant, mais descend sur toute la face dorsale de la main jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes. La tache atteint le pouce jusqu'à la partie moyenne de la première phalange.

---

mations qui s'élèvent de toutes parts. Nommé professeur de clinique externe à l'école de santé, il est appelé au Temple pour donner des soins au pauvre enfant Louis XVII et il les lui donna avec une telle sollicitude, que frappé après sa visite du 30 mai, d'une fièvre pernicieuse, il mourut deux ou trois jours après, victime, dit alors la rumeur publique d'un empoisonnement démenti heureusement par l'autopsie de Corvisart. La date même de sa mort est incertaine, les uns disent le 1er juin 1795, d'autres deux ou trois jours après. Ajoutez à ce qui précède les nombreux détails d'une vie si mouvementé, les phases de son enseignement, ses découvertes, sa popularité dans le public et parmi ses élèves, qui pour ne citer qu'un exemple, pétitionnèrent au nombre de 141, de l'Hôtel-Dieu seulement, au conseil général de la commune, et voilà bien de quoi tenter un écrivain ami de notre histoire médicale.

M. E. Sauzay qui a voulu rendre un pieux hommage à la mémoire de Desault, ne doit pas se dissimuler qu'il a encore beaucoup à travailler pour mener à bien la monographie que nous demandons. Cependant, arrière-petit-neveu de Desault, il doit lui être possible de retrouver dans les papiers de la famille, des notes intéressantes : sa thèse n'est pas suffisante, il devrait la compléter et nous voudrions l'aider. Je lui signalerai, çà et là, quelques inadvertances. Le mémoire lu à l'Académie dont le titre lui est inconnu, se trouve, en résumé, dans le *Journal de chirurgie*, t. I, 1791, page 78. Ce titre est le suivant : *Extrait d'un mémoire de M. Desault, sur la luxation de l'extrémité inférieure du radius*, lu dans la séance publique de l'Académie de chirurgie en 1777 et non imprimé. A l'article de ses œuvres, il faut que M. Sausay ajoute le *Traité des maladies des voies urinaires*, publié par Bichat. Ce sont des extraits du *Journal de chirurgie* augmentés par Bichat (1799-1805). Ce journal indiqué, par M. Sausay, dans son index bibliographique, comme étant de 1792, doit être rectifié ainsi : *Journal de chirurgie*, par M. Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. I et II, 1791 ; t. III et IV, 1792. Cet index aussi devra être complété. Je me permets de signaler encore à l'auteur quelques erreurs typographiques : Dezeimeris s'écrit par un z et notre savant collègue Briau doit remplacer *Briot* : il n'était pas bibliothécaire de la Faculté, mais de l'Académie.

(*A suivre.*) Dr A. DUREAU.

La région externe de l'avant-bras est recouverte d'un épiderme épais et un peu rugueux et parsemé de poils bruns, fins et courts. Le reste de l'avant-bras est d'une nuance brune plus claire ; la peau à ce niveau est plus mince et plus souple.

Les masses musculaires de cet avant-bras pigmenté sont légèrement atrophiées, par comparaison avec le côté opposé.

Sur la peau du bras, de l'avant-bras et de la main du côté opposé il y a plusieurs taches brun-clair, bien limitées, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes en général.



Des taches pigmentaires de la même dimension, au nombre de cinq à six, siègent dans les régions lombaire et fessière, d'autres nœvi sont parsemés sur les cuisses, sur la face dorsale des pieds et même à la plante des pieds : ces dernières sont analogues aux taches qu'on trouve sous les pattes d'un grand nombre de chiens.

Comme exemple d'un autre siège des plaques de mélanodermie, je citerai une femme que j'ai observée à Lourcine, dans le service de M. Pozzi.

Chez elle, une plaque brune, à peine pileuse, de la grandeur de la paume de la main, était placée au-dessous de la mamelle gauche empiétant légèrement sur la peau de la glande.

A l'hôpital Laënnec j'ai rencontré un homme de 42 ans, qui était porteur, disait-il, d'une envie de *couenne de lard*. Cette envie est représentée par une tache brun-clair s'étendant du pli du coude à la partie moyenne de l'avant-bras et couvrant la région antérieure et la région externe sans faire le tour du membre. Cette tache brune, recouverte de poils assez nombreux, est un peu rugueuse, d'où la comparaison grossière faite par cet homme avec la peau de cochon.

La mère, que nous avons interrogée, n'hésite pas à attribuer cette difformité de son fils à une envie violente de lard grillé qu'elle aurait eue pendant sa grossesse et qu'elle n'aurait pu satisfaire.

Cette difformité peu importante en apparence, aurait déterminé bien des ennuis ; car lorsque cet homme était enfant, il ne pouvait relever ses manches sans s'attirer les sarcasmes de ses camarades.

Le dernier fait que je citerai est d'un tout autre ordre que les précédents. Il s'agit d'une mulâtresse âgée de 34 ans, actuellement en traitement dans le service de mon regretté maître le professeur Damaschino.

Cette femme est née à Paris, d'une mère blanche, originaire elle-même du département du Nord, et d'un père créole ou pour mieux dire mulâtre. Nous ne savons rien ni sur les ascendants du père, ni sur le père lui-même, sauf qu'il avait la peau bronzée et qu'il était de la Martinique.

Les cheveux de cette femme sont légèrement laineux, les iris sont d'un brun-foncé, les lèvres sont épaisses, le front bombé. La peau de la face est assez fortement pigmentée, approximativement de la nuance de la peau d'un Arabe.

En somme, cette femme présente des caractères évidents du visage qui la rapprochent de la race nègre.

Lorsqu'on examine la peau du corps, on remarque sur les épaules, les bras, la partie antérieure de la poitrine, de petites taches jaune-brunâtres, les unes ponctuées, les autres grandes comme une lentille, quelques-unes égalant en surface une pièce de cinquante centimes.

Ces taches pigmentaires tranchent nettement sur le fond de la peau, à la nuance près, elles rappellent comme dissémination et comme inégalité de dimension, les extravasats purpuriques.

Sur les avant-bras, on ne voit que quelques taches très claires de la grandeur d'une pièce de un franc et d'un contour irrégulier.

Sur le poignet gauche, grande plaque café au lait de 8 cent. de long sur 4 cent. de large, n'empiétant pas sur la main.

La peau du dos et de la région fessière est tachetée, tigrée comme celle de la poitrine. Quelques taches brun-clair, plus étendues, sont parsemées au milieu des mouchetures.

Les pieds et les jambes sont indemnes. Sur la peau des cuisses on voit seulement quelques plaques pigmentaires de la grandeur d'un sou et très espacées.

La peau de l'abdomen est assez tigrée. Mais en outre, on est frappé par l'existence d'une zone fortement et uniformément pigmentée qui occupe la région pubienne, en dépassant les poils de trois centimètres. Sur les côtés cette grande plaque brune s'étend aux fosses iliaques et est limitée très brusquement en bas par les plis des aines. La ligne de démarcation supérieure d'avec la peau de l'abdomen est extrêmement sinueuse. Si l'on excepte la pigmentation anormale, cette zone sus-pubienne n'offre pas d'autre altération apparente.

Il est manifeste, comme nous le disions en commençant l'exposé de ce fait, que la pigmentation anormale de cette mulâtresse, de cette femme pie, ne peut être rapprochée que superficiellement des cas de mélanodermie congénitale chez les blancs. Nous nous trouvons en présence d'un cas d'hérédité pigmentaire qui n'a rien de commun avec la mélanodermie accidentelle.

## II

Après ces détails descriptifs indispensables sur l'aspect extérieur, les différentes variétés de grandeur, de siège des nævi pigmentaires circonscrits et diffus, essayons de pénétrer par l'analyse microscopique dans la constitution intime de ces pigmentations anormales de la peau.

J'ai pratiqué, suivant les procédés techniques ordinaires, l'examen de plusieurs nævi pigmentaires circonscrits. Deux de ces nævi étaient punctiformes ; ils avaient été recueillis, l'un sur la peau du bras d'un blanc, l'autre sur la peau d'un jeune mulâtre : trois autres nævi pigmentaires de la grandeur

d'une lentille à un haricot, ont été enlevés sur la peau de la poitrine et de l'abdomen de blancs adultes.

I. *Nævus pigmentaire punctiforme noir, lisse, non pileux du bras d'un blanc.*

Le meilleur moyen de reconnaître la distribution générale du pigment est d'examiner des coupes microscopiques non colorées. On voit de suite que le pigment siège surtout dans les assises profondes du corps muqueux, qu'il est très peu abondant dans la couche cornée.

On remarque, en outre, que dans la petite zone dermique correspondante, immédiatement au-dessous des papilles, il y a de petits îlots pigmentaires distincts les uns des autres. Les deux tiers profonds du derme ont leur coloration et leur aspect normal.

Les coupes colorées et examinées à un plus fort grossissement permettent de constater que le pigment, sous forme de grains mélaniques, très ténus, est contenu dans le protoplasma des cellules épithéliales du corps muqueux.

Les papilles ne sont pas hypertrophiées et renferme peu de pigment.

La mince zone de derme sous-papillaire pigmentée, contient dans la trame fibro-élastique de nombreux éléments allongés, ou plus ou moins triangulaires, munis de prolongements, qui sont analogues aux chromoblastes des batraciens. Leur volume cependant est moindre. Ces cellules pigmentaires sont tellement remplies de pigment mélanique que le noyau est indistinct et que les grains noirs se voient même dans les minces prolongements cellulaires. Il y a aussi dans cette zone de petites cellules non pigmentées.

Étant donnée la proportion réciproque du pigment dans l'épiderme et dans le derme, je ne doute pas que la plus grande part de la teinte noire, si apparente par lumière réfléchie, ne soit due aux cellules pigmentaires intra-dermiques.

C'est une sorte de tatouage naturel. Les particules de charbon sont remplacées par des cellules pigmentaires (1).

On trouvera dans ma précédente communication à la Société d'anthropologie, une description microscopique sommaire d'un nævus punctiforme de la face d'un mulâtre. La répartition du pigment est identique à ce qu'il est chez le blanc. La seule différence, c'est que, chez le mulâtre, la pigmentation est plus intense, plus confluente. Toutes les cellules cornées notamment sont noires.

Pour éviter des répétitions fatigantes, je fondrai dans une même description les détails qui m'ont été fournis par l'examen d'un nævus pigmentaire lisse non pileux de la poitrine et par l'examen d'un nævus légèrement pileux de la région pubienne.

A première vue, sur les coupes, la pigmentation est plus abondante dans l'épiderme ; néanmoins le derme, soit dans la substance des papilles, soit dans la couche subjacente, contient aussi quelques petits îlots colorés.

Les papilles sont notablement allongées, renflées en massue, séparées les unes des autres par des cryptes profondes encombrées de cellules cornées, ou par de très minces diverticules de la couche malpighienne.

Le pigment n'est pas réparti uniformément dans la couche malpighienne ; quelques places en sont dépourvues ; mais on voit partir, soit du fond des cryptes signalées, soit de l'épithélium recouvrant les crêtes papillaires, de petits bourgeons minces très riches en pigment et s'enfonçant dans le derme. Quelques-uns de ces *follicules pigmentaires* sont courts et épais, d'autres sont plus allongés et renflés en massue à leur extrémité, d'autres sont même flexueux et paraissent se ramifier.

Les plus fins de ces follicules pigmentaires rappellent l'aspect tubulé des glandes sudoripares, les plus courts ne sont pas sans analogie avec les diverticules épithéliaux qui servent à la régénération des poils.

Mais je ne fais ces comparaisons que pour éclaircir cette description un peu ardue, car l'examen à un fort grossissement montre que ces follicules pigmentaires sont des individualités bien déterminées et distinctes.

Ils sont remplis de petites cellules épithéliales dont le protoplasma est infiltré de pigment.

On reconnaît, en examinant attentivement ces préparations, que si les papilles et le derme contiennent peu de pigment, ils n'en ont pas moins une structure très anormale. Les papilles sont bourrées de petites cellules dont quelques-unes contiennent des graines de mélanine.

La substance du derme, dans son tiers superficiel, est très riche en fibres élastiques fines, qui séparent de petits îlots arrondis ou allongés, constitués par des cellules nucléées de petit volume, dont la présence et la proportion sont absolument insolites dans le derme.

En voyant la couche profonde du derme et les régions adjacentes qui sont saines, on ne garde aucun doute sur l'importance de ces altérations dermiques dans toute la zone hyperpigmentée.

Telles sont les modifications du derme dans plusieurs spécimens de nœvi pigmentaires circonscrits d'une étendue variable.

Il me reste à rappeler sommairement, pour terminer ce qui a trait aux descriptions microscopiques, les lésions de la peau dans la mélanodermie congénitale.

La pigmentation est aussi *épidermique*, prédominante dans la couche malpighienne et *dermique*, sous forme de cellules fixes infiltrées de grains pigmentaires et groupées en îlots dans la zone sous-papillaire du derme. La moitié superficielle du derme contient en outre un grand nombre de cellules fixes et migratrices qui ont proliféré et pris en grande partie la place de la trame fibro-élastique normale (1).

Il ne m'a pas été possible, à mon grand regret, de pratiquer l'examen microscopique des taches nombreuses présentées par la mulâtresse.

(*A suivre*).

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA.

(*Suite*) (2)

XI. — QUELQUES REMARQUES SUR L'INFLUENZA, par le professeur ROSENBACH, de Breslau, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890 n° 5, p. 95.

(1) Nous ne croyons pas néanmoins à la possibilité de produire artificiellement par le tatouage des grains de beauté, car les particules de charbon introduites dans la peau avec les aiguilles, vues au travers des papilles et de l'épiderme ont toujours un reflet *bleu*. C'est le pigment épidermique qui intervient dans les taches naturelles qu'on ne pourra jamais remplacer.

(1) On peut se reporter pour plus de détails à mon travail précédemment signalé ; il contient une description microscopique assez étendue avec une planche dessinée par Karmanski.

(2) Voir les numéros 4, p. 42 et 6, p. 66.

XII. — OBSERVATIONS SUR L'INFLUENZA, par le Dr L. KREHL, de Leipzig, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 6, p. 105.

XIII. — LA NATURE DE L'INFLUENZA AVEC PRISE EN CONSIDÉRATION SPÉCIALE DES SYMPTÔMES AURIQUES, par le Dr J. MICHAEL, de Hambourg. *Ibidem*, p. 107.

XIV. — PROGRAMME D'UNE ENQUÊTE COLLECTIVE SUR LA RÉCENTE PANDÉMIE D'INFLUENZA. *Ibidem*. n° 5, p. 99.

XI. — En fait de modalités cliniques de l'influenza, le professeur Rosenberg considère comme étant la plus intéressante celle qu'il appelle la forme pure, celle qui traduit nettement une infection généralisée de l'organisme, et dont les principaux symptômes sont : la céphalalgie, le vertige, les douleurs musculaires, douleurs des lombes surtout, la prostration, la fièvre; à la période d'état, très courte, fait suite une convalescence prolongée, durant laquelle le malade se sent très abattu, est en proie à des accidents gastriques.

Les manifestations catarrhales, qui affectent diverses muqueuses, dans d'autres formes de l'influenza, ne sont que des complications de la maladie infectieuse; elles ne font pas plus partie intégrante de la maladie, que le catarrhe bronchique ne fait partie intégrante de la fièvre typhoïde.

En fait de symptômes intéressants de l'influenza, Rosenberg croit devoir mentionner d'une façon spéciale :

Les *érythèmes fugaces*, siégeant aux avant-bras, au cou, à la partie supérieure de la poitrine, plus rarement à l'abdomen; Rosenberg n'a observé ces éruptions que chez des femmes. Dans un cas, l'exanthème avait une ressemblance parfaite avec l'urticaire. Après une durée de deux jours, ces érythèmes, qui n'ont aucun rapport avec les occupations professionnelles, se dissipent spontanément.

*L'œdème des paupières*, qui était, chez certains malades, aussi prononcé que dans les cas de néphrite et de trichinose, et d'après lequel on a pu plusieurs fois diagnostiquer l'influenza à première vue.

Des *foyers broncho-pneumoniques* dans la partie postérieure du lobe inférieur gauche.

Dans un petit nombre de cas seulement, il existait un coryza intense. Aucun malade n'a présenté une tuméfaction de la rate, appréciable à la percussion ou à la palpation.

Enfin pendant la durée de l'épidémie d'influenza, à Breslau, les cas de délirium tremens ont présenté une fréquence et une gravité tout à fait exceptionnelles. De même, les cas de pneumonie, admis en traitement à l'hôpital, ont présenté une fréquence insolite, mais il n'a point paru que ces cas fussent en rapport direct avec la maladie pandémique.

Rosenbach se range parmi ceux qui nient la contagiosité de l'influenza.

En fait de traitement, l'auteur préconise l'emploi des expectorants et surtout de la morphine à petites doses contre les manifestations catarrhales du côté des voies respiratoires, et l'administration de l'acide chlorhydrique contre les symptômes gastriques. Mais en général la maladie ne réclame pas d'intervention active. Sauf de rares exceptions, l'antipyrine, l'antifébrine, le salicylate de soude, la quinine n'ont pas donné de bons résultats, à Breslau. L'important est de garder le lit suffisamment longtemps et d'observer un régime convenable pendant la convalescence.

XII. — Le travail de M. Krehl comprend l'analyse de 170 cas d'influenza, dont les observations ont été relevées avec soin, dans les salles de la clinique médicale de Leipzig. Nous extrayons de ce document les données suivantes :

79,6 fois sur 100, les malades ont eu du coryza, et 5,3 fois seulement de la laryngite. L'angine tonsillaire a été plus rare encore (4,7 0/0). Dans 82 0/0 des cas, on a noté de la bronchite, dans 11 0/0 des cas, de la pneumonie.

La constipation et l'anorexie ont été de règle pendant l'attaque d'influenza. Quelques malades ont eu des vomissements au début. Dans 12,9 0/0 des cas il y a eu de la diarrhée. Du côté du foie on n'a jamais noté de modifications appréciables. La rate a été trouvée tuméfiée dans 5,3 0/0 des cas. Cette tuméfaction splénique a toujours été de courte durée; dans 4,7 0/0 des cas, elle ne pouvait être reconnue qu'à la palpation. La sécrétion urinaire est restée en apparence normale, dans la plupart des cas; 3,5 fois sur 100, il y a en un peu d'albuminurie passagère, et 2,9 fois sur 100, des signes de néphrite, sans hématurie, signes qui se dissipaient en l'espace de quelques jours.

Deux malades seulement ont présenté des troubles manifestes de l'appareil circulatoire : une jeune fille a présenté, en plein stade fébrile, une irrégularité passagère du pouls; un jeune homme, affecté d'une bronchite grave, a eu le pouls très faible pendant vingt-quatre heures, puis cet état de collapsus s'est dissipé. D'autre part, 9 malades atteints de lésions organiques du cœur ont très bien supporté l'attaque d'influenza et la fièvre intense (40°) qui s'en est suivie. L'arythmie n'a pas été accrue; la fréquence du pouls n'a augmenté qu'en proportion de la fièvre. Or l'un de ces malades ayant eu, précédemment, une angine folliculaire fébrile, avait présenté des troubles circulatoires de la plus haute gravité.

Des exanthèmes n'ont été observés que dans un petit nombre de cas, à savoir : 12,4 fois sur 100, de l'herpès labial; 2 fois sur 100, une roséole; 2 fois un érythème rubéolique de très courte durée.

Les symptômes nerveux à localisation définie ont été très rares également; 4,2 malades sur 100 se sont plaints d'une névralgie sus ou sous-orbitaire, de courte durée.

Des tracés annexés au travail de Krehl donnent une représentation exacte des différents types que revêt la fièvre chez les malades atteints de l'influenza.

Sur l'ensemble des malades, 98,8 0/0 ont guéri, le taux de la mortalité s'est donc chiffré par 1,2 0/0.

En fait de complications méritant une mention spéciale, Krehl signale la perforation du tympan à la suite d'une otite moyenne (dans 1;8 0/0 des cas), la bronchite grave à durée relativement longue (7 0/0), la pneumonie (11,2 0/0). Dans ces cas de bronchite grave il s'agissait d'une véritable broncho-blenorrhée; les malades expectoraient jusqu'à 500 cc. d'un muco-pus qui ne renfermait pas d'éléments bien caractérisés, pas de bacilles de la tuberculose notamment. Quelquefois il y avait formation de foyers pneumoniques lobulaires, dont l'existence ne se trahissait parfois que par la présence de « masses rouillées » au sein des crachats purulents, d'autres fois seulement par des signes stéthoscopiques. Krehl conclut de ses observations que l'influenza crée une tendance au développement de bronchites généralisées d'une gravité insolite, et d'allures telles qu'on les observe rarement ainsi chez l'adulte, bronchites qui se compliquent assez souvent d'infiltrations lobulaires.

Enfin, dans d'autres cas, une pneumonie s'est développée quelque temps après l'apparition des premiers symptômes de l'attaque d'influenza, et indépendamment de toute bronchite antécédante. Il a été dit que ce genre de complication a entraîné la mort de deux malades. L'autopsie a fait voir que dans les deux cas, il s'agissait de pneumonies lobaires con-

fluentes. Dans les deux cas, les sommets étaient le siège de lésions tuberculeuses peu avancées.

XIII. — M. Michael a résumé les résultats de ses observations dans les propositions suivantes :

1° Les symptômes auriques qu'on observe dans les cas d'influenza, ceux d'ordre subjectif comme ceux d'ordre objectif, sont l'expression d'une hyperhémie intense de la muqueuse de l'organe de l'ouïe.

2° Le caractère essentiel des manifestations de l'influenza réside, du moins pour les cas simples exempts de complications, dans une hyperhémie intense des organes intéressés, à l'inverse de ce qui arrive dans d'autres maladies infectieuses, où il y a production d'inflammations.

3° L'hyperhémie est la cause indirecte des inflammations qu'on observe dans les cas d'influenza, car en diminuant la résistance des vaisseaux, elle dispose aux déchirures vasculaires et aux hémorrhagies; ensuite, elle réveille ou met en recrudescence des inflammations antécédantes on passées à l'état chronique; enfin, elle accroît la réceptivité des muqueuses pour les germes infectieux.

4° La thérapeutique doit avoir pour visée de satisfaire aux indications qui découlent de ces vues théoriques.

5° Les noms d'influenza, de grippe, doivent être réservés à la récente pandémie, tandis que les catarrhes bronchiques qui se montrent régulièrement à l'état d'épidémies, devraient être dénommés catarrhes épidémiques.

—Pour ce qui concerne les symptômes subjectifs et objectifs des complications auriques de l'influenza, les observations de Michael concordent avec celles d'autres auteurs allemands, dont il a été question dans un précédent article.

XIV. — Le comité nommé par la Société de médecine interne de Berlin, avec mission de provoquer une enquête collective sur la pandémie d'influenza, a rédigé le questionnaire suivant, pour être adressé à tous les médecins allemands désireux de participer à cette enquête :

1° Quand et où avez-vous observé le premier cas d'influenza? — 2° Quand l'épidémie que vous avez observée dans votre clientèle a-t-elle atteint son apogée? — 3° Quand avez-vous considéré l'épidémie comme étant parvenue à son terme? — 4° Quelle fraction de la population de votre lieu de domicile a-t-elle été atteinte par l'épidémie, suivant vos estimations? — 5° Quel âge, quel sexe, quelles professions ont paru être prédisposés aux atteintes de l'épidémie? — 6° Quels symptômes dignes d'être mentionnés avez-vous observés : *a*) du côté du système nerveux ; *b*) du côté des voies respiratoires et circulatoires; *c*) du côté de l'appareil digestif; *d*) du côté de la peau? — 7° Quelles complications et quelles affections consécutives avez-vous observées? — 8° Avec quelle fréquence avez-vous vu la *pneumonie* coïncider avec l'influenza, et quels caractères présentaient les pneumonies que vous avez observées? — 9° Combien de cas de récidives de l'influenza avez-vous observés? — 10° Quelle a été la marche de la convalescence? — 11° Quelle influence la maladie pandémique a-t-elle exercée sur les maladies en cours d'évolution? — 12° Quel est le taux de la mortalité que vous avez observée? — 13° Quelles étaient les causes de mort? — 14° Quel mode de traitement vous a donné les meilleurs résultats? — 15° Considérez-vous l'influenza comme contagieuse ou non?

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

## REVUE DES THÈSES.

### FRACTURES.

ÉTUDE SUR LE MÉCANISME DES FRACTURES INDIRECTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — RÉGION DORSALE ET RÉGION DORSO-LOMBAIRE, par A. MÉNARD (Thèse de Paris, 1889).

Les fractures de la colonne vertébrale ont été l'objet d'une quantité considérable de travaux. Les expériences n'ont pas manqué non plus à l'étude de leur mécanisme. Malheureusement travaux et expériences étaient partout disséminés. M. Ménard a cru utile de les présenter réunis et condensés. Toutefois l'étude des fractures du rachis dans son entier devant former un sujet trop vaste, il s'est borné, sur les conseils de son maître M. Duret, à ne traiter que des fractures dorso-lombaires, éliminant ainsi les fractures cervicales d'un genre spécial et susceptibles d'être présentées séparément à cause des conditions particulières de la région.

Les fractures indirectes du rachis sont de beaucoup les plus communes et se produisent généralement par flexion forcée. Il y a d'abord tassement, ensuite arrachement, enfin écrasement proprement dit. Les fractures par tassement et par arrachement sont les plus fréquentes. Le tassement isolé se montre régulièrement à la région lombaire, mais il est inconnu à la région dorsale où l'écrasement prédomine. Tandis que les fractures dorso-lombaires ont pour cause ordinaire les chutes sur le siège on sur les membres inférieurs et plus rarement les pressions exercées par des corps pesants sur la nuque et le haut du dos avec flexion du tronc; les fractures dorsales résultent de chutes sur la nuque on de flexions exercées en ce point et le haut du corps par des objets pesants, le tronc restant vertical. Ces dernières, relativement fréquentes puisque l'auteur en a trouvé 151 pour 232 dorso-lombaires, sont presque toujours accompagnées de fractures de côtes : le sternum lui-même est assez souvent intéressé.

Au point de vue du traitement il existe chez les chirurgiens deux opinions bien opposées. Les uns, encouragés par le beau succès de Parise (de Lille) en 1872, réduisent la fracture et la maintiennent réduite pendant un temps suffisamment long; d'autres s'en abstiennent d'une façon absolument systématique, prétendant qu'on ne connait pas les lésions auxquelles on veut remédier. Quant à la trépanation qu'on aurait voulu donner comme moyen curatif de la compression médullaire, elle doit être absolument interdite, la compression se faisant toujours par l'arête tranchante du segment inférieur du corps. Que si toutefois on ne veut pas à tout jamais la proscrire, on doit la réserver aux fractures directes et aux enfoncements de l'arc postérieur.

Le travail de M. Ménard est recommandable à tous les titres, Non seulement il est riche de résultats expérimentaux et de documents, mais encore il est émaillé de nombreux dessins servant à l'intelligence du texte.

ÉTUDE SUR LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU BRAS — ANATOMIE PATHOLOGIQUE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. — APPAREIL PLATRÉ DU Dr HENNEQUIN APPLIQUÉ PENDANT L'EXTENSION, par H. DECAMPS. (Thèse de Paris, 1888.)

Quoique les fractures de l'extrémité supérieure du bras s'observent à tous les âges, c'est à partir de 40 ans qu'elles présentent leur maximum de fréquence. Suivies de l'apparition d'une ecchymose précoce ou tardive siégeant soit à l'endroit

où a porté le traumatisme, soit en des points plus éloignés, elles se terminent fort rarement par pseudarthrose. Le trait de la fracture plus souvent rencontré sur le col chirurgical siège de préférence entre la base des trochanters et les insertions des muscles grand pectoral et grand dorsal, ou entre ces dernières insertions et l'attache inférieure du deltoïde. Il est intra ou extra-capsulaire, bien qu'il puisse être l'un et l'autre, intra-capsulaire en dedans et extra-capsulaire en dehors, s'il se trouve à moins de deux centimètres des tubérosités. Sa direction est horizontale ou oblique, avec déplacement des fragments moins accusé dans le premier cas que dans le second. Lorsque le col anatomique est intéressé, la solution de continuité dépasse généralement les limites d'insertion de la synoviale. Le fragment supérieur est légèrement porté en dedans et difficile à trouver, l'extrémité supérieure du fragment inférieur faisant saillie en dehors. Le diagnostic du siège précis est toujours à tenter, il est sinon facile, du moins possible. Ces deux fractures guérissent également bien, sauf toutefois lorsqu'il existe un écrasement de la tête humérale avec fragment mobile, et le traitement qu'il convient de leur appliquer est commandé par le déplacement qui en résulte. Celui-ci est-il facilement réduit et maintenu, un simple appareil contentif suffira; sa réduction n'est-elle au contraire que temporaire, c'est avec l'extension seule qu'on pourra espérer arriver à la cure. L'appareil platré en H de Hennequin, assez souple pour se mouler exactement sur le membre et assez solide pour maintenir l'extension et la contreextension, répond aux deux indications signalées. Nous ne le décrivons pas, bornons-nous à rappeler qu'il permet, grâce à sa fenêtre longitudinale, d'examiner le bras et de suivre la résorption de l'épanchement; de constater tout déplacement secondaire et de le corriger avec quelques tampons d'ouate; de surveiller la marche et la consolidation, et d'apprécier à quel point elle en est, en introduisant la main à plat entre le membre et l'appareil.

Contribution a l'étude du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse, par L. Pannetier (Thèse de Paris, 1889).

Les fractures simples de la rotule doivent être traitées par les appareils prothétiques. Ainsi le veut une chirurgie sage et prudente, qui voit chez le blessé un semblable et non un sujet à opérations brillantes et hasardeuses. Le bistouri ne doit apparaître que dans des cas spéciaux et bien déterminés, dans les fractures récentes par exemple, lorsque la formation d'un cal osseux ou d'un cal fibreux très court parait devoir être entravée en raison d'un écartement trop considérable des fragments, ou d'un défaut de coaptation dû à l'interposition de tissu fibreux. L'arthrotomie et la suture osseuse donneront encore d'excellents résultats dans les fractures transversales anciennes avec long cal fibreux et impuissance du membre, dans les fractures compliquées de plaies, mais ici comme toujours elles devront être pratiquées, sous peine de désastres, avec la plus rigoureuse antisepsie.

Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe simulant une luxation du pied en arrière, par M. Aysaguer (Thèse de Paris, 1888).

Les fractures de jambe sont communément observées. Les plus fréquentes se remarquent à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, les plus rares siègent à l'une des extrémités des deux os. L'auteur appelle en particulier l'attention sur les fractures des extrémités inférieures et plus spécialement sur une variété d'entre elles simulant une luxation du pied en arrière, caractérisée par l'élargissement antéro-postérieur de chacune des malléoles, par la présence d'un sillon presque vertical, produit sur chacune par le trait de fracture. Le premier de ces symptômes est le signe le plus important de l'affection décrite. A défaut de crépitation et de mobilité anormale, il pourrait à lui seul prouver l'existence d'une solution de continuité dans l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. Le second, tout aussi constant, possède également une grande valeur diagnostique. Le doigt perçoit une dépression affectant une direction à peu près verticale, dépression due à l'écartement des fragments, et qui ne saurait être confondue avec les inégalités assez variables que l'on peut observer sur la malléole externe.

Six observations, dont quatre inédites, accompagnent cet intéressant travail.

Du massage appliqué au traitement des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de la jambe, par L. Mézange. (Thèse de Paris 1889.)

Le massage est depuis quelque temps appliqué avec un grand succès au traitement des fractures, que celles-ci soient périarticulaires ou qu'elles siègent dans la continuité du membre. Il a pour principal avantage de favoriser la résorption du sang épanché, d'abréger la durée de la cure, de réduire l'immobilisation à ses dernières limites, de prévenir les raideurs et l'atrophie musculaire consécutive.

---

Contribution a l'étude sur l'impaludisme. — Diathèse. Par Mlle Marie Pierre (Thèse de Paris, 1889).

L'impaludisme serait une diathèse parce qu'il présenterait comme caractères d'être une maladie générale, héréditaire, ni contagieuse, ni inoculable, à manifestations multiples et diverses, à influence marquée sur les maladies intercurrentes, à marche essentiellement chronique, à antagonisme absolu. Il faudrait croire à l'impaludisme chassant la tuberculose et au rhumatisme, qu'un spécialiste anglais serait déjà capable de substituer à cette dernière!... Nous avons le regret de ne pouvoir accepter à ce sujet toutes les opinions de l'auteur.

Les poissons venimeux. — Contribution a l'hygiène navale par A. Bottard (Thèse de Paris, 1889).

Un appareil à venin existe chez certains poissons et plutôt chez les petites que chez les grandes espèces, chez ceux qui sembleraient devoir être plus souvent recherchés à cause de leur chair fine et savoureuse. Il paraît être la défense des faibles. C'est ainsi que la petite vive, cinq fois moins volumineuse que la vive araignée, est mieux pourvue que cette dernière, que la petite scorpène est mieux pourvue que la grande, que le plotose rayé, atteignant à peine quelques pouces de longueur, a un appareil à venin redoutable, tandis qu'il est au contraire rudimentaire chez les bagres et les doras dont les dimensions sont parfois supérieures au mètre.

L'auteur traite ici un sujet de bien vive prédilection pour lui, puisque depuis plus dix ans déjà l'étude des poissons venimeux le passionne et le captive, ainsi qu'en témoignent ses nombreuses communications aux sociétés savantes, ses conférences aux expositions maritimes, puisqu'il cherche, dans la faveur avec laquelle son travail sera accueilli, un encouragement à persévérer dans la voie des investigations zoologiques.

Il fait tout d'abord l'histoire des phases diverses par lesquelles a passé l'opinion des savants sur l'appareil à venin des pois-

sons qu'il divise en cinq types distincts, celui de la synancée complètement clos, auquel il rattache celui du plotose rayé, celui des espèces du genre vives, celui du thalassophyrne, celui de la murène et enfin celui des espèces du genre scorpène dont se rapproche celui des ptérois, des pélors, des amphacantes et des perches.

L'action physiologique des divers venins, et les traitements empiriques ou rationnels employés s'y trouvent également indiqués.

Signalons enfin les nombreux dessins soit des espèces étudiées, soit des poches à venin, qui rendent facile la lecture de ce remarquable mémoire.

ESSAI SUR LA CHONDRITE ET LA PÉRICHONDRITE DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE, par F. BOUVIER (Th. de Paris, 1889).

Les cartilages et leurs enveloppes comme les os et leur périoste peuvent être envahis par l'imprégnation syphilitique secondaire. C'est ainsi que la trompe d'Eustache, la trachée, les cartilages tarses, le cartilage de la cloison et ceux du larynx sont susceptibles de présenter à l'observation du clinicien et à l'examen de l'anatomo-pathologiste des lésions spéciales paraissant à la vérité plus fréquentes au niveau des cartilages costaux et des cartilages du pavillon de l'oreille. La chondrite se manifeste au thorax par une légère saillie et une douleur vive coïncidant en général avec une atteinte des arcs costaux voisins; à l'oreille, les effets de l'infection secondaire s'accusent par la production d'un foyer d'autant plus prompt à se développer que l'organe offre un réseau lymphatique d'une extrême richesse.

ADÉNOPATHIES EXTERNES A DISTANCE DU CANCER VISCÉRAL, par D. BELIN (Thèse de Paris, 1888).

Si la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques voisins était depuis longtemps connue, la dégénérescence à distance des ganglions externes, due à un cancer viscéral, restait à constater. Au dire d'Hénoch, Virchow aurait été le premier à indiquer comme un signe de diagnostic certain des formations cancéreuses de l'abdomen le gonflement cancéreux d'une glande jugulaire au-dessus de la clavicule gauche, non loin de l'embouchure du canal thoracique. Depuis cette époque, de nombreux auteurs et en particulier Oppolzer, Jaccoud, Friedreich, Leube, Troisier sont venus ratifier l'opinion du savant allemand. A ces faits s'en ajoutent tous les jours de nouveaux qu'il importait de réunir afin d'appeler sur eux l'attention et de chercher à en donner, si possible, une explication anatomique. C'est ce qu'a entrepris M. Belin. Si son travail nourri de faits, touffu d'observations précieuses est d'une lecture un peu laborieuse, on doit lui concéder le double mérite de la solidité des documents et de l'exactitude de leur interprétation.

Quel que soit son siège primitif, le cancer viscéral peut se propager aux ganglions externes. En cas de cancer abdominal cette propagation envahit tout d'abord les ganglions inguinaux, avant d'atteindre les ganglions sus-claviculaires et axillaires. Les adénopathies externes qui en résultent ont la plus grande importance séméiologique, puisqu'elles permettent de porter un diagnostic nosologique exact dans les cas de cancer latent, d'interdire toute intervention chirurgicale.

La généralisation ganglionnaire obéirait à des règles anatomiques assez précises. Tantôt le cancer serait successif; tantôt les ganglions cancéreux se rattacheraient à la lésion d'un viscère secondairement envahi; tantôt enfin la localisation ganglionnaire s'expliquerait par l'anatomie et la physiologie du canal thoracique.

DU PTOSIS. — ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE, par A. HONEIX. (Thèse de Paris 1888).

Le ptosis est constitué par la chute de la paupière supérieure qui vient recouvrir en tout ou en partie la cornée et ne peut être soulevé par l'effet de la volonté. Dû à l'œdème ou à la rigidité des paupières, au rétrécissement de la fente palpébrale du fait d'une inflammation chronique, à la contracture de l'orbiculaire, à la faiblesse congénitale du releveur, à la paralysie de son appareil d'innervation, il s'observe encore et surtout dans la méningite tuberculeuse, les traumatismes craniens, les tumeurs, les hémorrhagies et ramollissements, la syphilis, enfin la paralysie générale. Tenu dans ces derniers cas sous la dépendance d'une lésion corticale qu'on avait cru pouvoir localiser dans le voisinage du pli courbe, il semble mieux établi aujourd'hui que le centre psycho-moteur du releveur n'occupe pas un point de l'écorce des circonvolutions, mais qu'il se répartit, qu'il se diffuse sur une zone d'une plus grande étendue.

CH. AMAT.

## BULLETIN

NATURE INFECTIEUSE DE LA GRIPPE. — DE L'ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE. — NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE.

— On parle déjà comme d'un événement lointain, de l'épidémie qui vient de traverser l'Europe. Et pourtant, cette épidémie a été remarquable entre ses pareilles par son pouvoir de diffusion, par son universalité, et en même temps par sa gravité, à peine masquée, au début, par une bénignité purement apparente. A tous ces titres, elle est destinée à occuper une place mémorable dans les fastes de la pathologie internationale, et on peut affirmer qu'elle ne le cèdera en rien aux épidémies similaires les plus réputées, comme celles de 1837, de meurtrière mémoire.

Si la contemplation attentive de cette épidémie n'a pu suffire à résoudre tous les problèmes qu'elle a soulevé, on peut croire, du moins, que la question de la nature et de la contagiosité de la grippe a fait un grand pas, peut-être un pas décisif. Tout d'abord, il s'en dégage une remarque très importante : c'est que la transmission de la maladie paraît s'être opérée en dehors des influences atmosphériques auxquelles les anciens épidémiologistes faisaient jouer un rôle pour ainsi dire capital. On n'a pu incriminer l'action du froid, puisque l'hiver de cette année a été, au contraire, d'une douceur remarquable ; mais ceux qui invoquent précisément la douceur de cet hiver auraient tort de triompher, car il suffirait de leur opposer l'histoire des épidémies antérieures où l'on voit la grippe exercer ses ravages par un froid de 20° au-dessous de 0°. Ainsi, le climat et la saison n'ont joué aucun rôle; voilà une première conclusion qui semble se dégager nettement de l'examen approfondi des conditions dans lesquelles s'est déclarée la récente épidémie. De même, on peut contester l'influence des grands courants aériens, si souvent invoquée pour expliquer l'extrême vitesse de diffusion de la maladie : outre que les auteurs ne sont pas d'accord sur la direction des vents qui favorisent l'importation de la grippe, on pourrait répondre, par exemple, à ceux qui inclinent pour les vents d'Est, que précisément, cette année, les vents ont soufflé presque sans interruption du Sud-Ouest, dès l'apparition de l'épidémie.

Laissant de côté comme illusoire l'explication tirée de la température et de la marche des vents, nombre d'observateurs se sont attachés, de préférence, à vérifier le pouvoir contagieux de la maladie qui vient de nous visiter, et à déterminer les circonstances dans lesquelles cette contagiosité avait pu s'opérer. A cette question : la grippe est-elle contagieuse ? la plupart d'entre eux se montrent disposés à répondre affirmativement. Et il faut reconnaître que l'examen des faits particuliers leur donne presque complètement raison. A noter, parmi les arguments qui les servent, celui tiré du mode de propagation de la maladie qui a frappé successivement, à intervalles très rapprochés, les grandes agglomérations comme celles de Vienne, Paris, Berlin, Madrid, épargnant dans ce rapide parcours les régions intermédiaires, lesquelles cependant eussent dû être frappées simultanément, si la théorie de l'apport par les vents était exacte. Or, cette marche par enjambées de l'épidémie trouve son explication naturelle dans la fréquence des échanges internationaux et dans la rapidité des moyens de communication qui mettent ces grandes villes en rapport fréquent et direct les unes avec les autres. C'est ainsi que les objets d'échange, les lettres, les colis-postaux, les marchandises ont pu être accusés, avec quelque vraisemblance, d'avoir servi de véhicule au contage de la maladie. A preuve, ce fait qu'à Paris et à Londres, la maladie a frappé d'abord les employés de l'administration centrale des postes, c'est-à-dire les individus que la nature de leurs occupations met en contact journalier et immédiat avec les diverses provenances étrangères.

L'examen des faits locaux a fourni encore d'autres arguments à la doctrine de la contagiosité. En effet, on a cité, récemment, un grand nombre de cas où la transmission de la maladie s'est exercée indubitablement, d'une manière directe. Ici, on constate la coïncidence de l'explosion de l'épidémie avec l'arrivée d'un voyageur débarqué la veille de Paris; ailleurs, elle succède presque immédiatement au déballage d'une caisse d'effets provenant d'une grande ville infectée elle-même depuis plusieurs jours. Dans beaucoup de familles, la maladie paraît avoir été apportée par un étranger qui en avait puisé le germe dans un foyer urbain plus ou moins éloigné ; à la suite de ce contact suspect, tous les membres de la famille tombaient malades les uns après les autres. On pourrait citer un très grand nombre de cas analogues : celui que le Dr Tueffert, de Montbéliard, a fait connaître à l'Académie par l'intermédiaire de M. Bouchard, est absolument caractéristique à ce point de vue.

La notion de contagiosité étant ainsi bien établie et faisant désormais partie intégrante des attributs nosologiques de la grippe, il y avait lieu de rechercher l'agent réellement actif de cette contagion. Les bactériologistes n'ont pas manqué d'intervenir dans cette question, mais on ne saurait dire, jusqu'à présent, qu'ils aient fourni une réponse définitive. Dans un article publié par la *Médecine Moderne*, M. Talamon déclarait récemment que le microbe *spécifique* est encore à trouver; car on ne saurait attribuer cette qualification aux microbes divers rencontrés chez des individus en puissance de grippe et qui, bien que revêtus d'un pouvoir pathogène incontestable, ne cessent point, pour cela, d'être des microbes vulgaires, capables seulement de faire naître des inflammations multiples d'ordre commun (streptococcus pyogenus-pneumococcus et capsuli-staphylococcus aureus, etc.). Dans le cas particulier de la grippe ces microbes sont simplement surajoutés, leur présence est purement accidentelle, ce qui n'empêche pas leur action de s'exercer pleinement et de se traduire par le développement de redoutables complications (pneumonies, pleurésie suppurée, otites, méningites). Tout au plus peut-on soutenir que la grippe leur fournit une occasion spéciale d'exercer leurs effets et de traduire pathologiquement leur présence, habituellement latente chez l'individu en état de santé. Voilà la seule interprétation légitime et permise dans l'état actuel de la science ; c'est dire que, malgré les affirmations prématurées de certains savants étrangers, la question réclame encore de nouvelles recherches.

— A la suite du rapport de M. Budin, l'Académie a dû formuler des conclusions précises concernant les deux questions visées dans ce rapport : savoir, l'obligation pour les sages-femmes d'avoir à employer dorénavant les antiseptiques dans la pratique des accouchements, et en second lieu, la désignation exacte de ceux parmi les antiseptiques qui peuvent être maniés sans danger pour les accouchées et pour leur entourage. L'accord étant établi sur le principe, c'est-à-dire sur l'utilité de l'antisepsie, on pouvait croire que la seconde question serait facile à trancher. La lecture des débats académiques prouve cependant que les esprits sont encore divisés en ce qui la concerne. Alors que M. Budin préconise le sublimé comme le plus sûr des antiseptiques usuels, d'autres accoucheurs non moins éclairés ne dissimulent pas les craintes que leur inspire la perspective de voir des agents réputés à bon droit dangereux confiés à des mains inhabiles ou inexpérimentées. M. Guéniot s'est affirmé au premier rang de ces opérateurs prudents qui entendent ne rien risquer, et pour lesquels le souci de la responsabilité médicale est le souci principal, celui qui doit primer toutes les autres préoccupations. Ainsi, on connaît nombre de cas d'intoxication produits par les injections intra-utérines de solutions mercurielles, voire même de solutions très étendues et suffisamment délayées en apparence pour éviter tout accident. De pareilles mésaventures ont pu arriver à des praticiens instruits et circonspects; à plus forte raison doit-on redouter de les voir survenir si on confie le libre usage du sublimé à des sages-femmes dont l'instruction médicale est notoirement inférieure. Faisant valoir ces divers motifs, M. Guéniot conseillerait volontiers d'écarter le bichlorure de la liste proposée et d'inscrire à sa place l'acide phénique et l'acide thymique, deux antiseptiques inoffensifs et en même temps doués d'une efficacité réelle, suffisante dans la plupart des cas, ainsi qu'il ressort des statistiques recueillies dans des services d'accouchement très actifs.

L'Académie n'a pas jugé selon les conclusions de M. Guéniot : elle a estimé sans doute ses craintes exagérées, et, finalement, elle a voté les conclusions de la commission, avec les réserves que celle-ci a spontanément introduites et qui ont surtout pour but d'empêcher des erreurs funestes (coloration des solutions, obligation de l'étiquette *poison* sur les flacons). Voilà donc les sages-femmes investies désormais du droit légal de pratiquer l'antisepsie dans l'exercice de leur art ; ce droit ne tardera pas à être considéré par elles comme un devoir, et nous n'aurons alors plus rien à envier à d'autres pays où les pouvoirs publics en ont fait depuis longtemps une obligation rigoureuse, sanctionnée au besoin par des peines relativement sévères...

— Nous venons de parler d'antisepsie, et cela nous amène, par une transition naturelle, à mentionner une communication de M. Lucas-Championnière sur le traitement des fractures de la rotule par l'ouverture du foyer et la suture directe des fragments osseux. Nous ignorons si cette méthode est nou-

relle et si M. Lucas peut revendiquer vis-à-vis d'elle le mérite de la priorité ; toujours est-il que les succès remportés par ce hardi chirurgien constituent à son actif un appoint d'une valeur considérable. En effet, sur un nombre total de 14 cas, M. Championnière a obtenu 14 succès; quelques-uns relatifs, il est vrai, en ce sens que pour les cas visés la réunion complète n'a pu être obtenue. Mais il s'agissait ici de fractures déjà un peu anciennes et traitées antérieurement par une des méthodes classiques, dont on connaît l'insuffisance (immobilisation, coaptation, etc.). Cette dernière remarque, loin d'infirmer les conclusions de M. Lucas, nous paraît plutôt propre à les étayer. Il faut simplement en induire que, pour réunir toutes les chances de réussite, l'opération doit être pratiquée à un moment très rapproché de celui où la fracture a été produite. Et de fait, la statistique de M. Championnière donne entièrement raison à cette affirmation; dans tous les cas où l'intervention a eu lieu de bonne heure, le résultat a été brillant, une réunion parfaite a été obtenue; de plus, par la réduction du nombre de jours consacrés au traitement et par les mouvements imprimés de bonne heure au genou, on a pu conserver au membre l'intégrité de ses fonctions et empêcher du même coup la raideur articulaire, suite ordinaire et gênante de l'immobilisation trop prolongée.

Voilà donc une nouvelle acquisition qui vient s'ajouter à toutes celles déjà nombreuses que la chirurgie contemporaine a réalisées dans ces derniers temps. La hardiesse opératoire n'a d'ailleurs rien que de légitime, parce qu'elle s'appuie sur des indications précises, et parce qu'elle trouve dans l'antisepsie un moyen d'agir à coup sûr, à l'abri de toutes les chances d'infection qui rendaient si aléatoire l'exercice de la chirurgie, il y a vingt ans. Les succès durables et de bon aloi que M. Lucas a remporté sont la preuve que cette fois encore il a été bien inspiré.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

— Congrès des sociétés savantes. Un arrêté ministériel vient de fixer l'ouverture du congrès au mardi 27 mai. Sont nommés : *Président*, M. Berthelot; *Vice-Présidents*, MM. Mascart, Milne-Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt ; *Secrétaire*, MM. Angot et Vaillant.

— Interdiction de l'hypnotisme dans l'armée. Par une circulaire émanant de M. le Ministre de la Guerre, l'emploi de l'hypnotisme est interdit aux médecins militaires.

— Travail de nuit des femmes. L'on sait que le Sénat s'est montré défavorable au travail de nuit des femmes. La Chambre des députés ayant nommé une commission chargée d'étudier la question, cette commission a décidé qu'il y avait lieu d'ouvrir une enquête pour entendre les chefs d'industrie et les délégués des syndicats ouvriers. Elle a décidé qu'il y avait lieu de consulter l'Académie de médecine, et l'Académie a reçu la lettre du Président de la Commission.

— La circoncision juive en France. Le *Lyon médical* annonce qu'à la suite d'une discussion consistoriale, la circoncision des nouveau-né juifs, sera pratiquée désormais en présence d'un médecin, ce qui n'était pas obligatoire jusqu'alors.

— Loi sur l'exercice de la médecine. La commission de la Chambre chargée d'examiner le projet de loi Chevandier et les modifications demandées, tant par l'administration que nos divers députés, se réunit en ce moment et doit entendre le ministre de l'Instruction publique.

## NOUVELLES

*Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour trois places de médecins du bureau central s'ouvrira le 28 février au siège de l'administration de l'Assistance publique. Le registre d'inscription, ouvert le 1er février sera clos le 17 à 3 heures.

Un concours pour deux places de chirurgien s'ouvrira le 25 mars à midi. Le registre d'inscription sera clos le 10 mars à 3 heures

*
* *

*Faculté de médecine de Paris.* — Par décret en date du 7 février, M. Duplay, professeur d'opérations et appareils, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

*
* *

*Faculté de médecine de Montpellier.* — Par décret en date du 7 février, M. Dubar, professeur de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

*
* *

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — Par arrêté en date du 3 février 1890, la chaire de physique est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

*
* *

*Corps de santé de la marine.* — M. le médecin principal Hyades est nommé membre du Conseil supérieur de santé. — M. le médecin principal Vincent est nommé secrétaire dudit conseil.

*
* *

*Corps de santé des colonies.* — Le Conseil supérieur est ainsi constitué : *Président*, M. l'inspecteur Treille ; *membres*, M. le médecin en chef Kermorgant, M. le pharmacien principal Raoul, *secrétaire*, M. le médecin de 1re classe de la marine Auvray.

*
* *

*Corps de santé des colonies.* — Par décret en date du 29 janvier, ont été nommés : *au grade de médecin inspecteur de 2e classe*, M. Treille (Georges-Félix), médecin en chef de la marine; *au grade de médecin en chef de 1re classe*, Kermorgant (Alexandre-Marie).

*
* *

*Ecole de médecine d'Angers.* — Par arrêté en date du 30 janvier, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1890, à la Faculté de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole d'Angers.

*
* *

*Ecole de médecine d'Amiens.* — Par arrêté en date du 10 février, des concours s'ouvriront devant la Faculté, le 10 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'Ecole d'Amiens; le 20 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même école. — Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

### OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Physiologie de la trachée et des bronches* (déductions pathogéniques et pathologiques), par M. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1889.

*Uréthrotomie externe pour deux rétrécissements, puis cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique, guérison*, par M. le docteur Delefosse, rédacteur en chef des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. — Paris, typographie G. Chamerot, 1889.

— *Droit médical ou Code des médecins*, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens vétérinaires, étudiants, etc. (*au courant de la doctrine et de la jurisprudence*), comprenant : Enseignement et exercice de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art vétérinaire ; — étudiants et médecins étrangers; médecins des colonies; médecins militaires; patente, — Déclarations et vérifications des naissances et décès. Responsabilité des hommes de l'art. — Certificats, rapports,expertises. — Honoraires, vente de clientèle, incapacité de recourir aux libéralités. — Régime sanitaire, eaux minérales, remèdes secrets, codex, substances vénéneuses. — Aliénés, protection de l'enfance, bureaux de bienfaisance. — Service de santé des armées de terre et de mer, législation militaire, académie, etc; par MM. Alfred Léchopié, avocat à la Cour de Paris et le Dr Ch. Floquet, licencié en droit, médecin du Palais de Justice et du Tribunal de commerce, avec une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon et Marchal et Billard, éditeurs de la Cour de Cassation, 27, place Dauphine, 1890.

— *Rapports de l'hôpital Johns Hopkins à Baltimore*. Le Bureau de publication de l'université Johns Hopkins publiera désormais chaque année un volume de rapports de l'hôpital. Les rapports se composeront de monographies relatives à la médecine, à la chirurgie et à la gynécologie ; de récits de cas intéressants ; de rapports sur les recherches en bactériologie, en anatomie pathologique et en pathogénie ; et d'un résumé des travaux accomplis dans les laboratoires de pathologie et d'hygiène.

Le premier volume, pour l'année 1889, doit paraître prochainement sous la direction de M. le Dr W.-H. Welch, directeur du laboratoire de pathologie. Le 2e volume paraîtra en 1890, en neuf livraisons mensuelles d'environ 64 pages chacune, formant un volume d'au moins 500 pages.

Prix de chaque volume au complet, $ 5 (25 fr.).

Les livraisons se vendent séparément à raison de 50 cts. (2 fr. 50).

La première livraison du 2e volume a paru le 1er janvier 1890. Ces volumes seront expédiés en échange des rapports d'autres hôpitaux et sociétés médicales. Prière de communiquer à ce sujet avec le *Publication Agency of the Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, U. S. A.*

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DECÈS NOTIFIÉS DU 2 AU 8 FÉVRIER.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 34. — Autres, 7. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 59. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 50. — Bronchite chronique, 48. — Broncho-pneumonie, 29. — Pneumonie, 66. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 9. — Biberon, 24. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 29. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 5. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 10. — Total : 1067

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MÉDECINE PRATIQUE

RECHERCHES SUR LES NÆVI PIGMENTAIRES CIRCONSCRITS ET DIFFUS,

Par M. le Dr VARIOT, médecin des hôpitaux (1).

*Suite* (2).

### III

Ces investigations microscopiques précises n'ont pas seulement un intérêt de curiosité scientifique, je pense qu'elles peuvent être utilisées pour établir la signification morphologique des nævi pigmentaires circonscrits et diffus.

Bien que nous n'ayions pas de documents anatomiques positifs sur la pigmentation de notre mulâtresse, nous croyons néanmoins qu'il y a lieu de distinguer formellement les cas de ce genre, de la mélanodermie congénitale des blancs.

Nous nous trouvons manifestement en présence d'un cas d'hérédité pigmentaire, bien connu du reste, chez les métis. La fonction mélanique de l'épiderme du nègre tend à réapparaître chez cette mulâtresse, et il est bien probable, pour ne pas dire certain, que les accidents de pigmentation offerts par cette femme, sont dus à une infiltration pigmentaire siégeant *uniquement* dans l'épiderme.

Ce serait rétrograder dans la voie scientifique que de vouloir confondre dans un groupe commun, comme on vient de le faire récemment, des accidents pigmentaires qui n'ont que des analogies tout à fait superficielles. Pour cette raison, le terme de nigritie employé aussi par les dermatologistes pour désigner la mélanodermie congénitale, est vraiment impropre. Il convient tout au plus aux pigmentations anormales des mulâtres ou des nègres (1).

Le siège dermo-épidermique du pigment dans ces nævi circonscrits et diffus, et les altérations coexistantes du derme qui sont d'ordre irritatif, puisqu'elles consistent dans des proliférations cellulaires, distinguent radicalement la mélanodermie congénitale du blanc, de la pigmentation normale des nègres et accidentelle des mulâtres.

Il ressort également des descriptions précédentes, que, soit qu'il s'agisse de nævi pigmentaires circonscrits, soit qu'il s'agisse de nævi diffus, la distribution du pigment et les altérations dermiques sont analogues. On est ainsi amené à considérer la grande plaque de mélanodermie congénitale comme un nævus pigmentaire extrêmement étendu.

Mais, quelle est la signification du nævus pigmentaire qui, lorsqu'il prend un grand développement constitue une monstruosité ?

On pourrait supposer, vu sa constance chez presque tous les

(1) Communication faite à la Société d'anthropologie le 2 janvier 1890.

(2) Voir le numéro précédent.

(1) Voir dans ma précédente communication à la Société d'anthropologie une description des taches pigmentaires des gencives chez un mulâtre.

## FEUILLETON

REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE.

(SUITE. — VOIR LE NUMÉRO 2).

III. — GUI PATIN (1601-1672)

Un des plus fougueux adversaires des théories de Van Helmont, Gui Patin, vient, lui aussi, d'être honoré dans sa mémoire, mais d'une manière différente. Ce n'est pas une statue qu'on lui a édifiée. C'est bien cependant un petit monument qui a son mérite. *Gui Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique* ont fourni en effet à M. le Dr Félix Larrieu le sujet d'un travail des plus intéressants (1). Et cependant, avec une modestie que nous trouvons exagérée, l'auteur nous dit dans sa préface : « Ce ne sont que de simples notes que nous donnons aujourd'hui en attendant que nous puissions réaliser notre premier projet » d'écrire l'histoire de Gui Patin.

Tout en émettant le désir de voir un chercheur si sagace mener à bonne fin cette grande étude biographique d'un homme aussi attrayant que l'est Gui Patin, nous n'attendrons pas jusque-là pour féliciter M. Larrieu de l'œuvre déjà accomplie.

On n'ignore pas d'ailleurs que tous les amis des lettres et spécialement les médecins curieux de l'histoire de notre art, désiraient depuis bien trop longtemps une biographie sérieuse de ce passionnant et passionné devancier. La notice de Réveillé-Parise était trouvée incomplète et médiocre, même par les profanes; Sainte-Beuve ne s'est pas privé d'en faire la critique (1).

Les pages qu'Achille Chereau a fournies dans le Dictionnaire de Dechambre sont insuffisantes, bien qu'elles ne présentent ni legèretés, ni étourderies, ni les inexactitudes qui ne sont pas rares dans les écrits de ce fureteur acharné.

M. Larrieu connaît mieux son sujet ; il en est pénétré. On lira avec le plus vif intérêt ces pages remplies de documents depuis la

(1) Thèse de Paris, 1889, in-4° de 136 pages. Imprimerie Tardy-Pigelet, à Bourges.

(1) Causeries du Lundi, t. VIII, p. 88 à 134.

individus, et dans les diverses races, vu sa transmission héréditaire fréquente, qu'il représente un petit organe pigmentaire normal de la peau.

Il serait en quelque sorte le vestige, dans notre espèce, de ces taches pigmentaires si variées chez les animaux.

Il ne me répugnerait nullement d'admettre cette hypothèse conforme aux doctrines darwiniennes, si je ne trouvais constamment dans le derme correspondant à la tache pigmentaire, des altérations de texture qui sont manifestement d'ordre irritatif. Or, des altérations de ce genre sont généralement consécutives à des phénomènes inflammatoires, qui ont existé à une époque plus ou moins éloignée.

Je ne puis entrer ici dans un exposé détaillé des diverses pigmentations pathologiques se rattachant à des causes très multiples : altérations des nerfs, maladie des capsules surrénales, etc. Mais je tiens à citer quelques exemples de pigmentation cutanée, acquise et persistante, dont nous connaissons bien la cause et dont nous pouvons suivre toute l'évolution. Ces pigmentations sont d'origine inflammatoire.

Certaines brûlures laissent des cicatrices superficielles d'une pigmentation parfois brune.

On rencontre des formes de syphilides cutanées, je n'ai point en vue la syphilide pigmentaire du cou qui est épidermique et temporaire, on rencontre, disons-nous, des syphilides papulo-tuberculeuses qui guérissent presque sans ulcération ; à la place du noyau rouge et induré il se produit des taches aussi noires et presque aussi tenaces que celles des nævi pigmentaires. Du reste, la pigmentation est très ordinaire dans bon nombre de cicatrices syphilitiques.

Je mentionnerai enfin les pigmentations brunes très étendues en surface que l'on voit sur le tibia des hommes qui ont été guéris d'ulcères variqueux.

Il est évident que les phénomènes d'inflammation dermique qui évoluent longuement et lentement exagèrent la fonction pigmentaire de la peau.

Ne pourrait-on pas supposer en s'appuyant surtout sur les lésions irritatives dermiques constantes que l'on observe dans les nævi circonscrits et diffus, qu'eux aussi sont consécutifs à des phénomènes d'ordre inflammatoire qui auraient commencé d'évoluer pendant la vie fœtale ou pendant la première enfance.

Mais, dira-t-on, il est vraiment étrange que presque tous les embryons ou les jeunes enfants aient de petits accidents inflammatoires laissant à leur place des nœvi ? Je répondrai que pendant la vie, rien n'est plus commun que les petites lésions de la peau, de toute sorte, et que nous n'avons pas de surface vulnérable plus vaste que la surface cutanée.

Il faudrait pour corroborer fortement cette hypothèse, avoir l'occasion d'examiner des nœvi pigmentaires en voie de formation sur de tous jeunes fœtus ou de jeunes enfants ; c'est ce que je me propose de faire ultérieurement.

En l'absence de démonstration absolue nous avons d'autres motifs plausibles d'accepter cette interprétation.

M. Joffroy a présenté un enfant atteint de mélanodermie congénitale, dont la mère avait eu la variole pendant sa grossesse.

Un médecin américain a vu un enfant du même genre, dont la mère avait subi de fortes brûlures avant son accouchement.

Ces femmes ont eu des maladies infectieuses ou suppuratives et les germes morbides ont pu être transmis au fœtus dont la peau aurait été contaminée par contre-coup.

D'autres considérations montrent bien la nature irritative des nævi pigmentaires. Les éléments épidermiques et dermiques sont dans un état actif de prolifération à leur niveau.

La peau est souvent épaissie, rugueuse sur les nævi ou les plaques de mélanodermie congénitale. Assez souvent elle est saillante, papuleuse, hypertrophique.

L'épiderme est épaissi, squameux. Enfin, les poils se développent fréquemment avec une grande énergie et une grande confluence indiquant bien la suractivité des formations épidermiques.

Sans vouloir proposer l'hypothèse de l'origine inflammatoire des nævi pigmentaires comme définitive, je pense qu'en attendant le contrôle embryonnaire, nous avons déjà de sérieuses raisons de l'accepter.

Tout le monde sera d'accord pour admettre que cette inter-

(1) Il est tout à fait exceptionnel d'apercevoir soit au visage soit ailleurs des grains de beauté sur les nouveau-nés. J'ai examiné à ce point de vue plus de cent enfants aux Enfants-Assistés. Les causes qui peuvent empêcher les signes d'être apparents à cet âge sont multiples ; d'abord la coloration rouge de la peau, peut-être le très petit développement de ces taches qui croissent avec l'enveloppe cutanée, peut-être aussi le développement tardif des signes, car nous n'avons encore réussi à les voir distinctement que sur des enfants âgés de un à deux ans. Les taches plus ou moins étendues de mélanodermie sont ordinairement apparentes à la naissance.

---

naissance de Gui Patin, le 31 août 1601, à Hodenc-en-Bray, d'un père avocat qui lui faisait lire, encore tout petit, les œuvres de Plutarque dans le texte grec, à haute voix, jusqu'à sa mort survenue le 30 mars 1672.

Il mourut d'une pneumonie après huit jours de maladie et M. Larrieu nous dit en note : « Il ne manquait plus à celui qui n'avait cessé de combattre, sa vie durant, l'antimoine, que d'être traité par ce médicament. C'est du moins ce que dit Bertrand dans sa vie de Patin, *referente Thuillier*. » (p. 85.)

Les renseignements sur les causes de l'exil de son fils, Charles Patin, sur l'ingratitude de son fils aîné Robert, à qui il avait donné par survivance, sa charge de professeur royal au Collège de France, et qui mourut le 16 juin 1670, sont des plus exacts. Parlerai-je aussi de l'exécution typographique qui est très soignée ? Mais je ne saurais omettre de mentionner aussi les gravures qui ornent cette thèse des plus méritoires, trois portraits de Gui Patin (1), un portrait de Théophraste Renaudot, un portrait de Charles Patin, la reproduction du jeton de Gui Patin doyen de la Faculté, et d'autres gravures représentant l'une le clystère, une autre la saignée d'après Abraham Bosse, et une troisième montrant une boutique d'apothicaire au XVIIe siècle.

Mes compliments seraient fades sans un peu de critique ou au moins, sans un semblant de critique. Je cherche et ne trouve qu'à signaler quelqes omissions dans la liste des *Principaux ouvrages et travaux à consulter*. J'indiquerai donc à M. Larrieu : 1° une brochure très curieuse de M. Jacques Denis, professeur à la Faculté des lettres de Caen, intitulée ; *Sceptiques ou libertins de la première moitié du XVIIIe siècle, Gassendi, Gabriel Naudé, Gui Patin, Lamothe-Levayer, Cyrano de Bergerac* (1) ; 2° la brochure de Charles Nisard, parue en 1880 (Paris, in-8° de 16 pages) ayant pour titre : *Gui Patin ; Nécessité d'une édition de ses lettres*; 3° En citant la *Biographie Universelle* de Michaud, M. Larrieu aurait pu dire que l'article sur Gui Patin est signé A. Beuchot, et que l'article sur Charles Patin est de Ch. Weiss; 4° enfin puisque M. Larrieu cite le livre

(1) Une note explicative pour les gravures n'eût pas été inutile. De plus, M. Larrieu aurait pu indiquer la signification des lettres J. D. N. T. B. B. qui se trouvent au-dessous du portrait de Gui Patin (à la page 22).

(1) In-8°. Caen, Le Blanc-Hardel, 1884.

prétation est au moins préférable aux grossiers préjugés qui ont cours communément chez les gens du monde et même parmi certains médecins.

## IV

Deux mots en terminant, sur le côté pratique de cette intéressante question.

Peut-on faire disparaître les taches pigmentaires quand elles constituent une difformité? Théoriquement cela est possible, sans que les cicatrices consécutives aux interventions soient aussi difformes que la pigmentation elle-même. En effet, la pigmentation est contenue dans l'épiderme et dans la couche superficielle du derme, un tiers de l'épaisseur totale de la peau. Si on détruit cette zone pigmentée, le derme sous-jacent est normal, ne contient plus de cellules à pigment, et l'épiderme qui se régénère est à peu près incolore.

Je dis que cette destruction est théoriquement possible, car dans la pratique, les difficultés sont grandes.

J'ai vu de petits nævi pigmentaires qui avaient été enlevés par des cautérisations superficielles à l'acide nitrique.

Moi-même j'ai enlevé de petits nævi de la grandeur d'une pièce de un franc, par le procédé d'escharification graduée, qui me sert à détruire les tatouages.

Les cicatrices étaient très peu apparentes. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'une énorme plaque de mélanodermie congénitale, que convient-il de faire? L'intervention médicale est-elle légitime? Je n'hésite pas à répondre non si la tache siège dans un endroit qui ne frappe pas les regards.

Mais si cette tache siège au visage ou sur la main, il n'y a pas d'inconvénients à faire des tentatives de destruction fractionnée par le procédé que j'ai indiqué.

La petite fillette de Corbeil qui a la face dorsale de la main noire, est en traitement, et j'ai l'espoir qu'avec des interventions patientes et répétées, j'arriverai à lui blanchir la main. Si cette tentative est heureuse, je présenterai l'enfant à la Société d'anthropologie (1).

(1) J'ai commencé de traiter cet enfant au mois d'août 1889. Elle a subi cinq séances de tatouage au tannin, suivi de cautérisation au nitrate d'argent. Un tiers de la face dorsale de la main est décoloré le 10 janvier 1890. Le pigment ne se régénère pas sur les surfaces escharifiées on la peau a repris un aspect à peu près normal.

L'homme porteur de l'envie de *couenne de lard* s'est brûlé accidentellement sur un poêle rougenne petite surface de sa tache pigmentaire. Le pigment n'a pas reparu depuis plusieurs mois.

Nous avons établi expérimentalement que la régénération pigmentaire dans la nigritie du chien était beaucoup plus active que chez l'homme dans les mêmes conditions. (Bulletins de la Société d'anthropologie 1889.)

# RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

**Remarques a l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral, par P. Thiéry (interne à la Pitié).**

Dans un article intitulé : « Le lymphérysipèle de la femme enceinte est-il transmissible au fœtus » inséré dans le numéro 88 de l'*Union médicale* 1889, le professeur Verneuil, notre maître, étudie les relations qui existent entre l'avortement, les traumatismes et les pyrexies; et, s'appuyant sur l'observation expérimentale, il donne le résumé d'une observation qu'il vent bien rapporter à nous où il est nettement démontré que les microorganismes de l'érysipèle peuvent ne point franchir la barrière placentaire. A la simple lecture de cette observation on la trouve intéressante à plus d'un titre.

Le Dr Gars l'a encore tout récemment utilisée dans sa thèse inaugurale (juillet 1889), sur « l'identité de la lymphangite et de l'érysipèle, au double point de vue anatomo-pathologique et expérimental ».

Nous croyons qu'il est intéressant de faire connaître dans tous ses détails, cette très curieuse observation qui comporte plus d'un enseignement, en la faisant suivre de courtes réflexions destinées à attirer l'attention sur les points les plus importants et à en excuser la longueur.

Nous pourrions, en tête de cette observation, en formuler ainsi le résumé :

*Infection érysipélateuse grave chez une femme enceinte de quatre mois. — Lymphérysipèle de jambe avec abcès multiples. — Ictère. — Epistaxis rebelles. — Adynamie et hyperthermie considérables. Accouchement à 6 mois et 1/2 d'un enfant sain. Guérison rapide après la délivrance.*

La nommée B. M..., 18 ans, domestique, couchée au lit n° 22, de la salle Lisfranc et entrée le 25 février 1889, a déjà été soignée au n° 1 de la même salle où elle était entrée le 1er novembre 1888. A ce moment, elle présentait au niveau de la deuxième phalange du troisième orteil gauche, une petite plaie ayant provoqué une

---

de M. Gilles de la Tourette sur Théophraste Renaudot, il aurait pu citer aussi un livre publié quelques semaines avant par M. Eugène Hatin, l'historiographe de la Presse en France, et dans lequel bien des inexactitudes sont relevées (1). M. Hatin a publié encore une courte brochure, quelques mois après, intitulée : *A propos de Théophraste Renaudot, l'Histoire, la Fantaisie et la Fatalité* (2).

Tel qu'il est, le travail de M. Larrieu mérite nos éloges et nos félicitations. Nous y ajouterons des encouragements pour que l'auteur complète l'œuvre entreprise; nous émettrons même le vœu de le voir couronner ses études sur Gui Patin, par une publication in-extenso des œuvres du célèbre défenseur des prérogatives de la Faculté de Paris.

(1) Tandis que M. Gilles de la Tourette semble ignorer l'existence d'un second Théophraste Renaudot, fils aîné du Gazetier, dont M. A. Corlieu avait révélé l'existence (*Courrier médical*, 30 août 1873), M. Hatin ne commet pas cet oubli.

(2) In-8. Paris, Fécboz, 1884.

### IV. — Thomas Sydenham (1624-1689).

Gui Patin avait été en médecine un théoricien convaincu, presqu'un sectaire. Pour lui, on ne pouvait soigner les malades que conformément aux principes dont il était imbu. Tout autre allait être Sydenham. L'illustre clinicien anglais représente le vrai médecin qui, en face d'une maladie, cherche à la combattre par tous les moyens quels qu'ils soient. Pour ceux-là, l'empirisme même a du bon quand il guérit. Et les meilleurs remèdes, fussent-ils préconisés par les premiers professeurs de la meilleure des Facultés, doivent être repoussés lorsqu'ils ne guérissent pas. L'observation directe de la maladie, la recherche de l'effet du médicament, la poursuite de la guérison quand même, sans autre idée préconçue que celle d'arriver à sauver un malade, voilà les seuls guides que doit suivre le praticien digne de ce nom. Peu lui importeront les visées spéculatives, les raisonnements, et même les démonstrations expérimentales du médecin de cabinet. Pour lui, il ne regarde qu'un but, n'ambitionne qu'un résultat! Guérir des malades. Tel a été Sydenham.

L'étude que M. Louis-Marie-Frédéric Picard a consacré à sa vie

lymphangite assez étendue du membre. La malade avait en ses règles quinze jours auparavant : elles ont été supprimées depuis. Dès cette époque, elle présentait des épistaxis répétées. Il y avait à peine quelques jours qu'elle était traitée par les pulvérisations phéniquées, lorsque se déclara une arthrite aiguë de l'articulation tibio-tarsienne que l'on soupçonna être d'origine génitale.

Elle fut traitée pendant un mois et demi pour cette affection, et sortit de l'hôpital pour aller au Vésinet. A ce moment, l'arthrite était à peu près complètement guérie et la malade marchait avec un appareil silicaté qu'elle garda trois semaines environ. Au bout de ce temps, l'appareil étant enlevé, la jambe augmente de volume et la marche quoique possible devient pénible.

Rentrée chez elle, elle consulte un médecin qui conseille l'application de plusieurs petits vésicatoires : les plaies qu'ils produisent n'ont point de tendance à la cicatrisation, il a fait une nouvelle poussée de lymphangite et la malade entre à l'hôpital : à ce moment, la température vespérale est de 38°5. A partir de ce jour, nous prenons quotidiennement l'observation avec soin et ce sont ces notes que nous publions :

25 *Février. Etat de la malade à l'entrée.* — La jambe gauche malade est d'aspect éléphantiasique ; elle est œdémateuse, très notablement augmentée de volume ; outre deux larges ulcérations à aspect gangréneux siégeant à la partie inféro-interne de la jambe, arrondies et voisines l'une de l'autre (vésicatoire), on remarque une rougeur notable, à contour irrégulier, mais net quoique non saillant dont elles sont le point de départ. Cette rougeur remonte au-delà de la partie supérieure de la jambe ; du côté du genou, quelques plaques rouges disséminées, et une autre encore, d'aspect érysipélateux comme les précédentes, siégeant au niveau du triangle de Scarpa. Depuis hier soir, tous ces signes se sont accentués et ces taches lymphangitiques ont une tendance à gagner la racine du membre, bien que depuis hier soir on eût soumis le membre à l'enveloppement phéniqué. A l'intérieur, 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois. Température vespérale, 38° 5.

Le 26. Pulvérisations phéniquées dans la journée et dans les intervalles pansement phéniqué humide. L'état général paraît assez grave — face vultueuse — la malade vomit souvent et présente une épistaxis à chaque vomissement. On donne 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois.

A 7 heures du soir on fait chercher l'interne de garde : la malade étant en hypothermie ; il la trouve en état comateux, répondant à peine aux questions ; elle est couverte de sueurs. Il fait cesser la pulvérisation et prescrit une injection d'éther : l'amélioration est immédiate, cependant la malade vomit encore et reste dans un état grave toute la nuit. Les épistaxis se sont renouvelées depuis hier soir, les urines sont noires (dès la 2me pulvérisation phéniquée). Temp. matin : 39°2 ; soir : 36°6.

Le 27. Matin : la respiration est stertoreuse, malaise général, subdélirium : la malade se dit enceinte de cinq mois environ ; la plaque rouge inguinale qui existait la veille à un peu pâli, mais le bourrelet jambier s'est accusé et a gagné en hauteur.

Nous résumons ici les quelques points sur lesquels notre maître attire l'attention à sa clinique du 27 février, « l'arthrite de début, dit-il, a cédé au salicylate de soude et à un repos rigoureux » ; au moment du départ pour le Vésinet, la jambe était restée œdémateuse. L'intensité des symptômes qu'elle a présentés à sa rentrée à l'hôpital déroutait le diagnostic, et il y avait lieu de soupçonner quelque cause ignorée qui aggravait la marche des accidents. Cette cause, c'est une grossesse de cinq mois que la malade, jeune, robuste, vigoureuse, sans tare antérieure nous révèle aujourd'hui.

Déjà j'ai observé un cas analogue où une brûlure assez étendue, sans tendance à la cicatrisation, résiste à tout traitement, jusqu'à l'accouchement et guérit alors rapidement.

Que faire chez notre malade? La grossesse va peut-être se supprimer elle-même, il faut attendre, mais retenir cet enseignement, que la grossesse sans être un état pathologique crée un état extra-physiologique. En tout cas, le pronostic est sérieux et, bien qu'aujourd'hui, avec l'antisepsie bien comprise on puisse sauver, après la délivrance, notre malade, il n'en reste pas moins certain que, toute femme enceinte qui pour une cause quelconque (fièvre, trauma, etc.), a 40° de température, est menacée, directement par l'avortement, indirectement par les suites de cet avortement.

Après ces considérations, nous reprenons l'observation

Le soir (27 février), l'état est grave. Cependant la malade passe une nuit assez bonne. Température matin 40°2; soir 39°6.

Le 28. On renouvelle le pansement humide car la malade se plaint beaucoup et pousse des cris. Le bourrelet a un peu augmenté. Une toux quinteuse est survenue pendant la nuit ; la malade se plaint de mal de gorge. La face est vultueuse. Matin 38°6; soir 37°6.

1er mars. La nuit a été très mauvaise : la malade n'a cessé de se plaindre. Ce matin abattement, on continue la pulvérisation ; les urines sont très noires. On prescrit un todd et du sulfate de quinine.

Le soir, état semi-comateux, inappétence totale ; un lavement a évacué une grande quantité de fèces. On continue l'enveloppement phéniqué du membre. Matin 39°2. Soir 38°.

Le 2. On essaie de supprimer la pulvérisation à cause de la colo-

---

et à ses œuvres (1) ne fait qu'ajouter à l'admiration dont l'illustre médecin anglais est entouré depuis deux siècles. Ici encore, nous nous trouvons en présence d'une œuvre documentaire des plus fouillées. Des travaux de ce genre font honneur non seulement à celui qui les exécute, mais encore à ceux qui les inspirent et au milieu où ils se produisent. La Faculté de Paris en effet peut être fière de cette thèse comme de celle sur Gui Patin, et le professeur d'histoire de la médecine qui provoque et favorise l'éclosion d'œuvres d'une telle valeur a droit à la reconnaissance des médecins studieux et soucieux de l'avenir des recherches érudites dans les sciences biologiques.

M. Picard, pour établir sa biographie, ne s'est pas contenté de compulser les notices qui ont été écrites sur Sydenham et ses ouvrages ; il a étendu ses recherches sur toute la littérature anglaise, même extra-médicale et examiné en détail « l'histoire ou la vie des institutions ou des hommes » avec lesquels Sydenham a eu quelque rapport. Car Sydenham qui était une tête ronde dans une famille de têtes rondes, Sydenham, dont la mère fut assassinée par haine de la cause du Parlementarisme par un soldat de l'armée royale, partageait le républicanisme de ses parents. « Ces dernières années, nous dit l'auteur, avaient vu se succéder, en Angleterre, les publications inédites de manuscrits qui se rattachaient à l'époque de Sydenham ou à lui-même : nous avons eu la bonne fortune de les utiliser.

L'édition du registre manuscrit des visiteurs de l'Université Oxfordienne en 1648, par Burrows, nous a permis de préciser plusieurs points de la jeunesse de Sydenham ; l'intéressante biographie de Locke par Bourne et la publication de certains manuscrits du célèbre philosophe nous ont servi à éclairer d'un jour nouveau la vie scientifique de notre auteur, son très intime ami ; Munk, en éditant les dossiers contenus dans les archives du collège des médecins de Londres, nous a laissé concevoir une idée plus juste des rapports de Sydenham avec les membres du collège, rapports si diversement jugés. Enfin, dans la série des documents plus antiques, après l'étude attentive des œuvres sydenhamiennes, nous avons recherché dans les différentes biographies et dans les œuvres des hommes qui avaient été en contact

(1) Thèse de Paris, 1889. In-4° de XIV-132 pages, imprimé à Dijon chez Darantière.

ration très foncée des urines ; la malade va assez bien aujourd'hui. Matin 37°8. Soir 38°6.

Le 3. Rien de particulier. Matin 39°. Soir 38°6.

Le 4. L'état est un peu meilleur, mais il apparaît une coloration subictérique de la peau et franchement ictérique des conjonctives. En 24 heures la malade émet trois litres d'urines fortement colorées par l'acide phénique. La langue est assez bonne, la malade a en deux selles jaunâtres ni fétides, ni décolorées.

M. Verneuil fait remarquer le rapprochement qui existe entre la poussée d'ictère d'origine hépatique et l'état de grossesse.

Le soir épistaxis. Etat stationnaire. Matin 38°4. Soir 38°6.

Le 5. Au moment du pansement, j'aperçois une vaste poche décollée et fluctuante située au niveau de la malléole externe, et remontant vers la jambe ; il y a de plus deux ou trois petites points de lymphangite suppurée. J'incise (1er abcès) an-devant de la malléole externe ; quantité de pus considérable que la coloration au violet de gentiane me montre rempli destreptococcus de l'érysipèle.

Lavages larges et drain à cause du décollement considérable. Matin 38°6. Soir 38°.

Le 6. Ce matin il y a amélioration bien que le membre reste très empâté. M. Verneuil étudie de nouveau le cas de cette maladie à sa clinique.

« La malade, dit-il, va mieux à la suite de l'incision de son abcès, il y a abaissement de la température, mais celui-ci peut être provoqué en partie par l'ictère qui est net, bien qu'on n'ait pas trouvé de matières colorantes dans l'urine.

« L'enfant qui a 5 mois ne remue pas ; mon interne n'a pas trouvé les battements du cœur. Après de telles oscillations de température il est à supposer que le fœtus est mort. Or l'accouchement d'un enfant mort expose la plaie utérine au contact d'un liquide souvent sinon fatalement septique.

« De plus, il n'est pas rare de voir à cette époque de la grossesse une rétention du placenta ; enfin la plaie utérine sera à proximité du foyer érysipélateux qui remonte presque jusqu'à la naissance de la cuisse. Par suite le pronostic quoique meilleur que ces jours derniers est encore fort sombre et nous devons, par une antisepsie vaginale soignée, nous tenir en garde contre l'infection probable de l'utérus. »

Température Matin 37°6 Soir 38°.

Le 7. On fait l'antisepsie vaginale au sublimé. Amélioration considérable, mais il y a une eschare en voie de formation au niveau du talon : il y a chute de la température ; pas d'épistaxis, ni de vomissements ; la malade mange un peu. Les urines contiennent moins d'acide phénique ; la peau reste ictérique et comme bronzée Matin 37°2. Soir 38°5.

Le 8. Ouverture de deux abcès (2, et 3.) sous-cutanés à la partie antérieure de la jambe et au niveau de la patte d'oie. L'incision amène une amélioration locale et générale sensible. Matin 37°. Soir 38°5.

Le 9. L'état général est très amélioré. Matin 37°. Soir 38°6.

Le 10. La malade attire notre attention sur une induration phlébitique de la saphène interne. Matin 37°2. Soir 38°4.

Le 11. Le soir la malade est très abattue ; on avait supprimé hier la gouttière qui la gênait fort, mais la flexion du genou nous force à la remettre en place.

Elle souffre sur le trajet de la saphène interne. Je fais encore une tentative infructueuse pour entendre le cœur du fœtus. Matin 37°3 Soir 39°5.

Le 12. Mauvais état général. Incision (4e) d'un large abcès de la face dorsale du pied ; lavages larges. Drain. Amélioration le soir. Douleurs abdominales qui font craindre l'avortement. La partie supérieure de la cuisse est très empâtée et M. Verneuil prescrit les onctions d'onguent napolitain belladoné. Matin 38°. Soir 38°4.

Le 13. La malade est toujours très abattue : les urines redeviennent noires, le ventre reste douloureux bien que la malade ne vomisse plus. Elle a encore eu une épistaxis hier. Elle va bien à la selle, le traitement local est continu ; la partie supéro interne de la cuisse reste empâtée et douloureuse. Matin 37°4. Soir 39°. Vomit le soir.

Le 14. Douleurs vives dans les jambes. J'incise un abcès (5e) à la partie antéro-interne du tibia. Pulvérisation phéniquée. Enveloppement au sublimé. Sueurs abondantes. Urines noires. Vingt-cinq centigrammes de sulfate de quinine tous les soirs. Extrait de quinquina et tood. Matin 37°. Soir 30°.

Le 15. Beaucoup de douleurs abdominales ; nouvelle menace d'avortement.

Le soir la malade souffre beaucoup dans la cuisse : rougeur et induration douloureuse, 1/2 piqûre de morphine. Matin 37°. Soir 38°4.

Le 16. Elle a beaucoup souffert du ventre cette nuit, le fàcies est mauvais, la langue noirâtre quoique humide. Elle ne prend presque aucune nourriture. Le soir sensation de coliques utérines ; envies d'uriner ; on perçoit une tumeur abdominale (fœtus ?) Pas d'écoulement vaginal. Dans la nuit diarrhée et vomissements. Epistaxis. Matin 36°4. Soir 38°5.

Le 17. Le matin, facies très abattu, toujours douleurs très vives au niveau de la plaque lymphangitique de la cuisse qui se ramol-

---

avec le célèbre praticien, dans celles de Locke, de Boyle, de Mapletoft, de Morton, de Harris, de Goodall, etc., les moindres traits qui pouvaient nous servir à caractériser sa belle figure, et à mieux nous orienter dans le détail de ses œuvres. Ces recherches ont été l'occasion d'excursions un peu plus lointaines dans le domaine de l'histoire : celles-là encore n'ont pas été sans profit.

Quant aux témoignages historiques, nous les avons soumis constamment à l'épreuve de la critique. A quatre ou cinq exceptions près, nous avons consulté nous-mêmes tous les ouvrages cités. Au reste, nos investigations ont été résumées avec une exactitude qui puisse permettre à chacun de repasser après nous par le même chemin. »

Le travail de M. Picard comprend six chapitres précédés d'une table des auteurs et des ouvrages cités, et suivis d'un index chronologique et critique des éditions latines et des traductions sydenhamiennes, et d'une bibliographie générale chronologique (1).

Imprimée par Darantière, l'excellent imprimeur de Dijon, précédée du portrait de Sydenham d'après la peinture du chevalier Lély, la thèse de M. Picard mérite une place de choix dans la bibliothèque des médecins bibliophiles.

(*à suivre.*) Dr ALBERTUS.

(1) Dans cette bibliographie M. Picard aurait pu faire observer que dans plusieurs éditions des œuvres complètes de Sydenham, on a grossi les volumes d'un certain nombre de mémoires qui sont dus à d'autres médecins. Ainsi dans l'édition latine publiée à Genève, en 1869, chez les frères de Tournes, je trouve des chapitres de Gœabter, Harris, de B. Ramazzini, de David Hamilton, de Drelincourt, de Martin Lister, de Charles Leigh et de Guillaume Musgrave.

lit en deux points. Je cherche de nouveau à m'assurer de la grossesse : le toucher révèle un col normal ; pas de souffle utérin, de battements du cœur. Dans la fosse iliaque droite je sens une tumeur qui doit être le globe utérin. On continue l'enveloppement du membre. Cinquante centigr. de sulfate de quinine. Matin 37°4 ; soir 39°.

Le 18. Le membre est très douloureux. J'incise deux abcès (6e et 7e) de la cuisse : la malade est fort agitée et nous force à supprimer la gouttière. Matin 37°4 ; soir 38°6.

Le 19. La température est un peu meilleure, mais le ventre est toujours douloureux ; la malade est en moiteur ; elle a vomi la nuit, a eu de la diarrhée et ne mange pas. Matin, 37°4 ; soir 38°6. Incision d'un petit abcès (8e).

Le 20. L'état du membre est bien meilleur, la malade est courbaturée et abattue. Matin 37°0 ; soir 38°6. Le soir, douleurs abdominales vives.

*(A suivre).*

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA.

*(Suite)* (1)

XIV. — RÉSULTATS DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DU SANG PROVENANT DE MALADES ATTEINTS DE L'INFLUENZA, par le Dr A. KOLLMANN, de Leipzig. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890. N° 7. p. 144.

XV. — CONSTATATIONS BACTÉRIOLOGIQUES DANS DES CAS D'INFLUENZA, par le Dr E. LÉVY. *Ibidem*. p. 143.

XVI. — SUR LA MARCHE DE LA FIÈVRE DANS LES CAS D'INFLUENZA, par le Dr O. FRENTZEL, *Centralblatt für klin. Medicin*, 1890. N° 2.

XVII. — SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES CONSÉCUTIFS A L'INFLUENZA, par le professeur PICK, de Prague. *Neurologisches Centralblatt* 1890. N° 4, p. 100.

XVIII. — SUR LES AFFECTIONS AURIQUES DANS LES CAS D'INFLUENZA, par le Dr EITELBERG, de Vienne. *Wiener medic. Presse*, 1890. N° 7, p. 242.

XIX. — SUR L'INFLUENZA, par le Dr UMPFENBACH, *Ibidem*, p. 246.

XX. — LE SULFATE DE QUININE COMME AGENT PROPHYLACTIQUE DANS LES CAS D'INFLUENZA, par le Dr TRANJEN, de Sistow, *Berliner klin. Wochenschrift* 1890. N° 7, p. 145.

XIV. — Kollmann a examiné des échantillons de sang frais tiré à des malades qui étaient au début d'une attaque bien franche d'influenza. La recherche de bactéries n'a donné que des résultats négatifs. Par contre, l'auteur a constaté la présence constante, mais en nombre variable, de corpuscules doués de mouvements très vifs, les uns de forme arrondie ou ovalaire, les autres ayant la forme de bâtonnets courts, plus rarement celle de bâtonnets allongés. Ces derniers portaient un renflement à chacune de leurs extrémités. Quelques-uns de ces corpuscules étaient accouplés deux par deux, à la manière des diplocoques. D'autres étaient si petits qu'il était impossible de leur assigner une forme définie. Autant qu'on en pouvait juger par la simple observation microscopique, ces corpuscules ne seraient autres que ceux qu'on découvre dans le sang frais de sujets qui se trouvent en parfaite santé. Selon toute vraisemblance, ils sont identiques aux *microzima sanguinis* de Béchamps, aux corpuscules punctiformes et bacilliformes de Bettelheim, aux hémacoques de Nedsvetzki. D'autre part, Kollmann leur a trouvé une grande ressemblance avec les corpuscules qui ont été signalés dans le sang des malades paludéens, par Cuboni et Marchiafava (*Archiv für experiment. Pathologie*, t. XIII, fasc. 3 et 4, p. 265), par Marchand (*Virchow's Archiv*. t. 88, fasc. 1 p. 104), par Ziehl (*Deutsch medicin. Wochenschrift*, 1882. N° 48, p. 647).

Enfin la description donnée par Klebs des monades qu'il a observées dans le sang de malades qui étaient en pleine attaque d'influenza (voir *Gazette médicale* n° 6, p. 67) concorde de tous points avec les observations faites par Kollmann. Il va sans dire que ce dernier n'attribue aucune valeur spécifique à ces corpuscules qu'on rencontre jusque dans le sang de personnes bien portantes.

XV. — Les recherches bactérioscopiques de Lévy ont porté sur 18 cas d'influenza observés dans le service de la clinique médicale de l'Université de Strasbourg. Les produits morbides examinés étaient : 7 fois le pus provenant d'une otite moyenne ; 5 fois le pus provenant d'un empyème ; 4 fois l'exsudat séropurulent, et 3 fois l'exsudat séreux tiré de la plèvre ; 2 fois des masses broncho-pneumoniques.

Dans 17 cas sur 18 on a réussi à isoler de ces produits morbides le pneumocoque de Fraenkel. Dans 3 cas (1 cas d'otite, 1 cas d'épanchement pleural séreux, 1 cas de broncho-pneumonie), les cultures ont fait éclore le *staphylococcus pyogenes albus*, à côté du pneumocoque. Dans 1 cas d'influenza compliqué d'exsudat pleural, on n'a obtenu que des cultures du staphylococcus pyogenes albus.

Les résultats des recherches de Levy concordent en somme avec celles qu'ont annoncées jusqu'ici la plupart des bactériologues qui ont porté leurs investigations sur ce champ nouveau offert par la récente épidémie d'influenza. Dans les foyers morbides qui représentent les diverses déterminations locales de cette énigmatique affection végètent des bactéries déjà connues, et qui sont intervenues comme agents d'infectious secondaires, plutôt que comme germes pathogènes de l'influenza.

XVI. — Sur les conseils de Fürbringer, Frentzel a étudié d'une façon spéciale la marche de la fièvre dans 5 cas d'influenza, observés à l'hôpital de Friederichshain. Ces cas ont été choisis exclusivement parmi ceux qui ne présentaient aucune complication apparente ; de plus, on s'est abstenu de toute médication antipyrétique. Tous les malades avaient dépassé l'âge de 15 ans. Leur température corporelle était relevée de trois heures en trois heures le jour, et toutes les quatre heures la nuit Voici, en substance, les résultats des observations de Frentzel :

Chez un malade, la température fébrile s'est élevée à 41° ; chez 11, la température s'est élevée au-dessus de 40°, et plusieurs fois à près de 41°. Dans un petit nombre de cas seulement, la température ne s'est pas élevée à 39°. Dans 2 cas elle est restée en dessous de 38° pendant toute la durée de l'attaque d'influenza.

Dans la grande majorité des cas, la période fébrile a eu une durée de 3 à 4 jours ; rarement cette durée s'est élevée au-delà de 4 jours ; 2 fois seulement la défervescence n'est survenue que le neuvième et le dixième jour. Dans 8 cas, il n'y a en de fièvre que pendant un jour.

Eu égard au mode de début de la fièvre, Frentzel admet deux catégories de cas : tantôt la température s'élève avec une grande rapidité, de 2° et même de 3° en l'espace de douze

(1) Voir les numéros 4, p. 42 et 6, p. 66.

heures, d'une façon continue, sans rémission; elle atteint sa hauteur maxima en l'espace de vingt-quatre heures. D'autres fois la température met 3 et 4 fois plus de temps à atteindre son niveau maximum, sa marche ascendante est interrompue par des rémissions, le matin; bref, l'élévation de la température est de 1 degré environ par 24 heures, et les rémissions matudinales sont d'environ 1/2 degré.

Pendant la période de défervescence, on relève, dans une catégorie de cas, les mêmes tracés de température que dans les cas de fièvre rémittente. D'autres fois la défervescence est brusque, critique. Mais toujours on observe ce détail caractéristique d'un abaissement continu de la température jusqu'au degré normal, quelquefois au-dessous (3 fois à 36°, et 1 fois à 35,9). Dans la majorité des cas, c'est le second mode de défervescence qui a été observé. Dans un cas, après une chute de 3°, la température est remontée de 1°, pour regagner définitivement le niveau normal. Dans quelques cas, la température, après un premier abaissement, s'est maintenue pendant douze heures à mi-chemin du niveau normal, puis la défervescence s'achevait. Dans 4 cas, la défervescence a revêtu le type rémittent, mais la première rémission dépassait de beaucoup, en intensité, les rémissions subséquentes. Enfin, dans 4 cas, après un intervalle apyrétique de 4 à 6 jours, il s'est fait une nouvelle poussée de fièvre, très légère, 38°, 38°7, et de courte durée, sans qu'il y eut, à proprement parler, une récidive de l'attaque d'influenza. L'auteur n'a observé qu'un exemple authentique de récidive.

XVII. — Une jeune fille de 20 ans, dont la mère était sujette à des crises épileptoïdes, jouissait d'une bonne santé habituelle, sauf que ses règles étaient très irrégulières et qu'elle avait par moments des maux de tête. Elle était devenue très impressionnable à la suite d'un incendie qui avait éclaté chez des personnes de sa connaissance, et aussi à la suite de la frayeur que lui avait causée un chien très méchant, en se jetant sur elle.

Le 3 janvier, elle avait revu ses règles, après une interruption de plusieurs mois. Le 4, se trouvant en visite chez sa sœur, aux environs de Prague, elle était allée faire des achats dans cette ville. Dans l'après-midi, elle fut prise d'un frisson, ainsi que de chaleur à la tête, de céphalalgie et de douleurs dans les lombes. Les règles s'arrêtèrent. Dans la nuit, la malade se mit à prononcer des phrases délirantes, mais elle reconnaissait encore les personnes de son entourage. Le lendemain, elle avait du coryza, du larmoiement; la céphalalgie et les douleurs lombaires persistaient. Un premier médecin mandé auprès de la malade diagnostiqua une attaque d'influenza et prescrivit des applications de glace. Comme l'agitation de la malade ne se calmait pas, on fit venir, le 6 janvier, un second médecin qui prescrivit une application de sangsues. Cela ne changea rien à l'état de la malade. Il fallut la faire admettre à la clinique psychiatrique de Prague, où on porta le diagnostic de démence aiguë survenue chez un sujet prédisposé, lors d'une attaque d'influenza. L'accès de démence dura jusqu'au 13 janvier. Le 18, la jeune fille quittait l'hôpital, en pleine possession de sa raison.

A propos de ce fait, Pick signale une courte notice consacrée à un cas semblable, par un auteur anglais, Crichton-Brownes, dans un travail sur la démence aiguë (in : *West Riding lunatic Asylum medical Reports*, t. IV, p. 269, 1874). Il s'agit également d'une jeune fille qui fut frappée d'une sorte de démence aiguë, lors d'une attaque d'influenza.

Enfin, Pick tient de son collègue Kisch la relation d'un fait relatif à une jeune servante qui, bien portante jusque-là, se mit subitement à prononcer des paroles incohérentes, en proie à une agitation très vive. On eut beaucoup de peine à la mettre au lit et à prendre sa température (38°). Le calme lui revint vers le soir. Le lendemain, elle avait une fièvre violente, mais son intelligence était tout à fait lucide. Il n'y avait pas de doute possible sur la nature de la maladie; c'était une attaque d'influenza, qui dura quatre jours, caractérisée surtout par de la céphalalgie et du catarrhe bronchique.

XVIII. — Les observations d'Eitelberg, faites à la policlinique du professeur Urbantschitsch, de Vienne, confirment ce que d'autres auteurs nous ont déjà appris au sujet des caractères cliniques de l'otite moyenne survenant dans le cours d'une attaque d'influenza : Tendance aux hémorragies, et à des hémorragies parfois très abondantes, qui proviennent du tympan; symptômes subjectifs très graves en apparence, contrastant avec l'évolution habituellement bénigne de cette otite suppurée; guérison complète, en un temps très court. L'endolorissement de l'apophyse mastoïde a été d'observation à peu près constante, mais une seule fois, sur une centaine de cas, il a fallu trépaner l'apophyse. Très souvent, l'otite interne était accompagnée d'une otite externe très douloureuse, contre laquelle on employait avec succès des applications de tampons d'ouate imbibés de glycérine phéniquée (5 p. 100).

Enfin, l'auteur signale que des otorrhées de plus ou moins vieille date n'ont pas été aggravées par une attaque intercurrente d'influenza.

XIX. — Umpfenbach a publié une relation concise de l'épidémie d'influenza qui a sévi à l'asile d'aliénés d'Andernach, localité située dans les provinces rhénanes. L'asile en question compte une population totale de 500 personnes, dont 400 pensionnaires; il est aussi isolé que peut l'être un établissement de ce genre. Or, l'influenza y a fait son apparition presqu'en même temps que dans la petite ville d'Andernach, située à environ 2 kilom. de l'asile. Le nombre total des cas s'est élevé à 121 (58 hommes, 63 femmes), dont 95 chez les pensionnaires de l'asile. Eu égard à la prédominance de certaines manifestations, ces cas peuvent se répartir ainsi : 77 se rattachaient à la forme catarrhale, 26 à la forme gastrique, 118 à la forme nerveuse. L'auteur mentionne spécialement la perte de poids considérable (de 7 à 14 livres) subie par beaucoup de malades, en un espace de temps très court.

En fait de complications, il relève : des pneumonies dans 8 cas; l'herpès labial dans 6 cas; l'herpès zoster et un érythème facial dans 2 autres cas. Deux malades se sont plaints de douleurs dans l'œil gauche et dans l'oreille gauche, sans qu'on pût découvrir des signes objectifs en rapport avec ces phénomènes douloureux. Deux autres malades, célibataires, ont ressenti de violentes douleurs dans les testicules. Un autre a rendu du sang par le fondement. Dans 2 cas, il est survenu une hématurie qui a persisté pendant deux jours. Chez 8 femmes, l'attaque d'influenza a eu pour effet de hâter le retour des règles, et chez une autre, de provoquer une ménorrhagie. Il n'y a pas eu un seul cas qui se soit compliqué d'albuminurie ou de tuméfaction splénique apparente.

Un malade a eu une pleurésie à la suite de son attaque d'influenza; 3 autres une otite médiane chronique et un quatrième un furoncle du conduit auditif externe. Un malade a eu pendant deux jours du catarrhe vésical; enfin, un jeune garçon a eu une récidive d'épididymite.

L'épidémie s'est répandue avec une grande uniformité dans les différents pavillons qui composent l'établissement. Il y a eu cependant ce fait singulier, c'est que tout le personnel de

la cuisine a été atteint de la maladie, tandis que les laveuses sont restées indemnes.

XX. — S'inspirant de la proposition faite par Graeser, d'expérimenter le sulfate de quinine à titre d'agent prophylactique de l'influenza, Tranjen, médecin militaire en Bulgarie, et attaché à un bataillon d'infanterie, fort de 500 hommes, a obtenu qu'on soumît ceux-ci au régime suivant : suppression des exercices en plein air; tous les matins, pendant quinze jours consécutifs, chaque homme absorbait un verre d'eau-de-vie, additionné de 30 centigrammes de sulfate de quinine. Cela se passait à Sistow, en pleine épidémie d'influenza. Or, tandis que la pandémie a fait de nombreuses victimes parmi la population civile, parmi les 500 militaires casernés au centre de la ville on n'a compté en tout que 20 cas d'influenza, dont 10 survenus antérieurement à l'expérience.

Tranjen conclut à la réalité de l'action prophylactique du sulfate de quinine. L'auteur ajoute que ce médicament, administré à des malades déjà atteints de l'influenza, a été sans efficacité aucune.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

DROIT MÉDICAL OU CODE DES MÉDECINS, DOCTEURS, OFFICIERS DE SANTÉ, SAGES-FEMMES, PHARMACIENS, VÉTÉRINAIRES, ÉTUDIANTS, ETC., PAR MM. ALFRED LÉCHOPIÉ, AVOCAT A LA COUR DE PARIS ET LE Dr FLOQUET, MÉDECIN DU PALAIS DE JUSTICE ET DU TRIBUNAL DE COMMERCE.

Les médecins sont certainement les gens du monde qui ignorent le plus les questions de droit, et non seulement les questions de droit pratique, de droit usuel, auxquelles on se heurte tous les jours et que chacun doit connaître, mais encore celles qui intéressent plus particulièrement et tout spécialement leur profession. Cela se comprend un peu. Les études de médecine sont extrêmement absorbantes et, comme la jurisprudence médicale n'entre pas dans le programme de l'enseignement, ni, par suite, dans celui des examens, les élèves n'en ont aucun souci. Aussi plus tard, quand, reçus docteurs, ils se trouvent aux prises avec les difficultés de la pratique, c'est toujours à leurs dépens que, dans tel cas donné, ils apprennent la nature et l'étendue de leurs droits et de leurs devoirs.

A différentes époques, des auteurs ont entrepris de combler sur ce point les lacunes de l'enseignement et de fournir aux médecins les notions qui leur manquent. Leurs ouvrages, leurs traités, leurs manuels n'ont pas eu le succès qu'ils auraient dû avoir, et que quelques-uns méritaient, peut-être, ainsi que le fait remarquer M. Brouardel dans la préface du livre que nous avons à analyser, parce qu'ils avaient traité leur sujet exclusivement en juristes, c'est-à-dire d'une façon un peu spéciale, abstraite, et ainsi plus ou moins aride et obscure pour les lecteurs auxquels ils s'adressaient.

MM. Léchopié et Floquet ont évité l'écueil de leurs devanciers. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une juste appréciation de leur œuvre, que de reproduire celle du savant doyen de la Faculté de médecine de Paris :

« Deux hommes, dit M. Brouardel dans la préface, ayant des compétences différentes, se sont réunis pour écrire ce nouveau livre, l'un médecin habitué aux pratiques médicales, initié aux préjugés et aux aspirations de notre corporation, l'autre imbu de la science du droit, maître en l'art de discerner le sens général des décisions judiciaires. Les auteurs ont, à notre avis, réussi à présenter une œuvre qui sera plus facilement consultée par les médecins; ils ont volontairement écarté les longs exposés des jugements, ils en ont indiqué les conclusions. Je suis convaincu, pour ma part, que leur travail sera ainsi plus fructueusement consulté par le corps médical ».

Nous ne saurions rien ajouter à ce jugement et il ne nous reste plus qu'à faire connaître le plan général de l'ouvrage.

Il se divise en deux parties : la première renferme les explications et commentaires, la seconde les textes, avec notes explicatives et de concordance des lois, ordonnances, décrets, réglements, etc. Ces deux parties complètent et se contrôlent l'une par l'autre.

Les auteurs, suivant une marche des plus logiques, prennent le médecin *ab ovo*, c'est-à-dire tout au début de ses études, avant même sa première inscription. L'enseignement de la médecine a subi, dans ces dernières années, de nombreuses réformes. De nouvelles facultés, des écoles de plein exercice ont été créées; le nombre et le programme des examens ont été profondément modifiés; les écoles de service de santé pour l'armée et la marine ont été réorganisées. Au milieu de toutes ces réformes et de dispositions qui se succèdent, se surajoutent ou s'abrogent, s'enchevêtrent et parfois se heurtent, il est difficile de se reconnaître, et un guide sûr, comme celui qu'offrent nos auteurs, est à peu près indispensable aux jeunes gens qui se disposent à entreprendre et à poursuivre les études médicales. Ce même chapitre, consacré à l'enseignement et à l'organisation de la médecine, contient tous les documents qui intéressent spécialement les officiers de santé, les sages-femmes, les étudiants et médecins étrangers qui veulent obtenir des grades en France, les médecins des colonies, les médecins vétérinaires.

Passant à l'exercice de la médecine, MM. Léchopié et Floquet suivent le praticien dans les différentes circonstances de sa vie professionnelle où une notion exacte de ses droits et de ses devoirs lui est nécessaire, soit pour lui éviter d'enfreindre inscienmment les lois et réglements en vigueur, soit pour l'empêcher d'être la victime de gens plus expérimentés, plus habiles et moins scrupuleux que lui en matière de jurisprudence. Ils condensent ainsi et examinent, dans autant de chapitres successifs, tout ce qui a trait à l'exercice légal et à l'exercice illégal de la médecine; à la vente ou au débit des médicaments par les médecins; à la patente; à la déclaration et à la vérification des naissances; à la déclaration et à la vérification des décès; aux autopsies, embaumements et autres opérations après décès, aux certificats, rapports médico-légaux et expertises; à la loi sur les aliénés; aux réquisitions des hommes de l'art; au secret médical; à la responsabilité des hommes de l'art; aux honoraires; à l'incapacité de recevoir par donation ou par testament. Nous devons nous borner à ces indications générales : entrer dans les détails nous conduirait trop loin. Nous dirons simplement que, fidèles à leur programme, les auteurs ne se sont pas arrêtés à de vaines discussions de la loi; qu'ils n'ont pas davantage cherché à faire prévaloir une opinion personnelle; qu'ils ont sagement préféré donner, sur chaque question, les réponses ou la solution fournies par la jurisprudence des cours et des tribunaux.

Les documents qui constituent la deuxième partie du livre, textes de lois, ordonnances, décrets et réglements sont classés en 13 paragraphes : 1er Organisation, enseignement et exercice de la médecine; 2e Pharmacie; 3e Vétérinaire; 4e Législation militaire; 5e Chirurgie des navires armés pour la pêche de la morue; 6e Régime sanitaire; 7e Police des eaux minérales; 8e Protection de l'enfance; 9e Aliénés; 10e Médecins des bureaux de bienfaisance à Paris; 11e Service médical des

théâtres de Paris; 12e Académie de médecine; 13e Société de médecine légale.

On voit, par cette simple énumération, combien sont nombreux et intéressants les documents rassemblés par les auteurs. Certes, ces documents sont loin d'être complets; quelques-uns aussi, par les temps de réformes que nous traversons, vieilliront vite. Demain, par exemple, nous l'espérons du moins, une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine remplacera la loi du 19 ventôse an XI. Déjà le décret du 18 juin 1811, relatif aux honoraires en cas de réquisition judiciaire, est frappé de caducité par le ministre de la justice lui-même. L'ordonnance du 18 juin 1823 sur la police des eaux minérales est fortement atteinte depuis que l'inspectorat n'existe plus que virtuellement. Les lois et décrets relatifs au régime sanitaire ne peuvent manquer d'être modifiés dans un avenir prochain, et ce n'est que dans des notes additionnelles que les auteurs ont pu indiquer les modifications apportées par le décret du 8 janvier dernier à celui du 30 septembre 1884, relatif aux attributions et à la composition du Comité consultatif d'hygiène publique. Donc, nous le répétons, le livre de MM. Léchopié et Floquet vieillira vite et, pour le mettre au courant, les auteurs devront songer bientôt, le succès d'ailleurs aidant, à publier une seconde édition.

S'il en est ainsi, nous nous permettrons de leur signaler, entre autres, dès à présent, un petit desideratum. Ils ont reproduit les décrets qui concernent les médecins des asiles publics d'aliénés, les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, et ils ont gardé le silence sur le service médico-chirurgical des hôpitaux, tant à Paris que dans les départements. Or, c'est là un service d'une haute importance et qui intéresse vivement le corps médical. Les rapports entre les médecins et les commissions administratives des hôpitaux et hospices, le plus souvent agréables, surtout quand les médecins sont nommés au concours, mode de recrutement qui accroît leur autorité et leur indépendance, sont quelquefois plus ou moins tendus et donnent lieu, dans quelques cas, à des conflits, voire même, de la part des commissions administratives et des municipalités qui les soutiennent, à la violation de certaines dispositions légales. Le Conseil général de l'Association générale des médecins de France a été saisi, il n'y a pas longtemps, d'un fait de ce genre. Nous croyons que, dans la prochaine édition de leur livre, MM. Léchopié et Floquet trouveront un chapitre intéressant à consacrer à l'examen des droits et devoirs respectifs des commissions administratives et des médecins de l'Assistance publique.

En prévoyant ainsi une seconde édition de cet ouvrage, nous escomptons son succès. Pour nous, ce succès ne saurait être douteux, et, nous associant aux éloges reproduits plus haut qu'en a faits M. Brouardel, nous ne craignons pas de dire, en terminant, qu'il sera bientôt le *vade mecum* des étudiants et des praticiens.

Dr F. DE RANSE.

---

## REVUE DES THÈSES.

### ARTICULATIONS ET BOURSES SÉREUSES.

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS DANS LES BOURSES SÉREUSES TROCHANTÉRIENNES ET DE LEUR TRAITEMENT. — HÉMATOSES TROCHANTÉRIENS, par FRÉDÉRIC (Si Mohamed) (Thèse de Paris, 1888.)

Les hématomes trochantériens peuvent être ou traumatiques ou spontanés. Ce sont dans le premier cas des violences extérieures venant frapper une partie plus ou moins étendue de la hanche qui donnent lieu à l'hémorrhagie; dans le second, le sang apparaît sans cause connue, que le sujet soit en puissance d'hémophilie, d'albuminurie ou d'ictère.

Les hématomes traumatiques se manifestent par des signes physiques d'abord, rationnels ensuite. Le malade couché sur le côté sain, quelquefois sur le dos, la cuisse légèrement fléchie, présente à la région trochantérienne une tumeur de forme et de volume variable, ovoïde si l'épanchement est récent et s'il siége dans la bourse sous-cutanée, ellipsoïde à grand diamètre, dirigé suivant l'axe du membre, s'il existe dans la bourse séreuse sous-aponévrotique, terminée en tout cas à sa limite inférieure par une dépression en coup de hache dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Il boite légèrement, inclinant le bassin du côté lésé dans le but d'immobiliser par tous les moyens possibles son articulation coxo-fémorale. La symptomatologie se complique quand il s'agit d'hématoses spontanés. Outre que les commémoratifs font ici défaut, l'ecchymose ne vient pas mettre sur la voie d'un traumatisme récent. Dans l'hémo-hygroma spontané on sera cependant bien près du diagnostic si à la suite d'un simple froissement on a remarqué que la tumeur a grossi subitement ou du moins en quelques heures.

Des épanchements sanguins des bourses séreuses trochantériennes sont d'un danger constant pour l'organisme. Non seulement ils peuvent devenir le foyer de suppurations étendues, mais ils peuvent encore être la cause de fistules intarissables, de phlegmons par diffusion, de carie du grand trochanter, d'infection purulente et de mort. Aussi importe-t-il de leur opposer un traitement actif. Si la méthode résolutive aidée de la compression reste impuissante il convient en s'entourant de toutes les garanties que donne la méthode antiseptique de recourir à l'ablation de la bourse séreuse, qu'on incisera largement et crucialement dans les cas d'hémo-hygroma chroniques pour amener la cure des épanchements traumatiques qui s'enflamment et qui n'ont aucune tendance marquée vers la résorption.

MÉTHODES DE DOUCEUR DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE LA HANCHE EN ARRIÈRE par J. GATOIR (Th. de Paris, 1889).

Les luxations directes de la hanche en arrière sont exceptionnelles. Les luxations communes sont primitivement en bas et résultant toujours d'une violence exercée sur la cuisse fléchie dans l'abduction. La tête fémorale soit par la partie inférieure de la capsule et se dirige, en raison du mouvement rotatoire qui se produit, soit en haut (luxation iliaque) soit en arrière (luxation ischiatique).

La première condition pour tenter avec chance de succès la réduction par la méthode de douceur est de fléchir la cuisse sur le bassin. Le membre étant préalablement porté dans l'adduction, le genou devra être amené autant que possible au contact du ventre. Cette première manœuvre sera suivie de quelques essais de rotation qu'on pratiquera tour à tour soit en dedans, soit en dehors. La coaptation sera enfin obtenue soit par l'impulsion directe à l'aide de la main, soit par le coup du genou suivi tout aussitôt d'une très légère déflexion de la cuisse. Elle ne devra toujours être pratiquée qu'au moment où la tête se trouve amenée exactement au-dessous du cotyle.

La méthode de douceur serait parfois également applicable à la réduction de luxations anciennes. Elle est en tout cas une méthode de choix dans les luxations récentes, parce qu'elle réussit à peu près toujours, parce qu'elle n'exige aucune violence, parce que prudemment appliquée, elle n'entraîne pas d'accidents, et que si toutefois elle échoue, elle ne complique jamais la situation antérieure.

Ostéo-arthrite de l'articulation scapulo-humérale, par R. Vivien (Thèse de Paris, 1888).

L'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale ou scapulalgie se montre d'habitude avant 40 ans et de préférence chez la femme. Les sujets à antécédents morbides y sont plus particulièrement exposés. L'affection est néant moins très rare. Les lésions peuvent débuter par la tête humérale, l'omoplate ou la synoviale. Quel que soit leur point de départ les désordres observés sont à un moment donné les les mêmes et les deux surfaces articulaires sont atteintes. A une époque plus ou moins avancée de l'évolution du mal surviennent des abcès.

La symptomatologie varie suivant que l'affection est à la première période ou d'atrophie, à la deuxième ou période des fougosités, à la troisième ou période des abcès. D'un diagnostic difficile à son début la scapulalgie entraîne un pronostigrave surtout chez l'adulte à cause de sa coexistence fréquence avec la tuberculose pulmonaire. Elle nécessite un traitement général et local : une alimentation tonique, la vie au grand air, l'huile de foie de morue, du fer, du quinquina, l'immobilisation de l'articulation, le curetage des fistules et au besoin la désarticulation de l'épaule.

De l'arthrite blennorrhagique. — Étiologie et pathogénie, par A. Perchet (Thèse de Paris 1888).

La blennorrhagie est une maladie parasitaire qui peut à l'instar des maladies infectieuses provoquer des manifestations du côté des articulations. Toutes les causes capables de modifier la structure intime de ces dernières jouent un rôle essentiel dans leur production. Les arthropathies observées rappellent la polyarthrite rhumatismale par la fièvre, l'état général, la douleur, la chaleur, le plus souvent atténués, il est vrai, mais en différent par la facilité avec laquelle la fluxion rhumatismale passe d'une jointure à l'autre sans laisser de traces tandis que dans l'arthrite blennorrhagique l'évolution morbide persiste dans une première articulation alors qu'une deuxième est prise. Et nous ne faisons que rappeler les raideurs, les craquements articulaires résultant parfois de l'affection sur laquelle l'auteur vient d'appeler l'attention.

Ch. Amat.

## BULLETIN

Applications chirurgicales de la cocaïne sur une nouvelle forme de dégénérescence chronique du myocarde.

Ce n'est pas d'hier que la cocaïne est entrée dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale : Et pourtant les applications en ont été jusqu'à ce jour encore très restreintes. Cette réserve dans l'emploi d'une substance douée de propriétés anesthésiques si précieuses, trouve vraisemblablement sa source dans la timidité des opérateurs et dans la crainte entretenue chez eux par le souvenir de certains accidents dont l'origine véritable a été souvent mal interprétée. M. P. Reclus, un des chirurgiens français qui ont le plus fait pour étendre le domaine des applications de la cocaïne, a montré le parti vraiment merveilleux que l'on peut en tirer dans certaines opérations pour lesquelles le sommeil chloroformique était récemment encore considéré comme indispensable. Entre ses mains, la cocaïne n'est plus réservée seulement aux opérations de surface, n'intéressant que la peau ou les parties immédiament sous-jacentes. Elle lui sert journellement à exécuter des opérations qui portent sur des organes plus ou moins profondément situés (castration, cure d'hydrocèle et de hernie, gastrostomie). Appuyé sur une expérience déjà longue, M. Reclus est arrivé ainsi à formuler un ensemble de règles précises relatives soit au mode de l'injection cocaïnée, soit au titre des solutions à employer, règles dont l'observance exacte semble devoir assurer désormais aux chirurgiens les plus scrupuleux une sécurité absolue, en même temps que le bénéfice d'une anesthésie aussi complète que possible.

Nous n'aurions pas jugé utile de rappeler ici des faits qui sont entrés actuellement dans la pratique courante, si l'attention n'avait été appelée à nouveau sur les dangers consécutifs à l'absorption de la cocaïne. L'auteur d'un article publié par les Archives générales de médecine a repris ce sujet et s'est attaché à faire ressortir ce côté de la question, en énumérant les cas de mort ou les accidents graves imputables à l'intoxication cocaïnée. Ces accidents sont réels : mais l'objection que l'on voudrait en tirer n'est pas aussi fondée que l'on pourrait croire tout d'abord. Parmi ces cas de mort, il en est dont l'interprétation est fort contestable : par exemple, celui que dans lequel l'autopsie fit découvrir une hémorragie cérébrale méconnue. On doit écarter ce fait de la statistique, aussi bien que ceux dont la mort parut avoir été déterminée par l'absorption de doses excessives administrées par ignorance ou par erreur. Ce sont là des cas malheureux, mais on n'en saurait tirer un argument valable contre l'emploi rationnel de la cocaïne en chirurgie.

C'est précisément cet emploi que M. Reclus a le mérite d'avoir régularisé et élevé à la hauteur d'une véritable méthode. Cet habile chirurgien a montré ainsi que l'injection locale de 8 ou 10 centigr. de cocaïne ne provoque aucun inconvénient sérieux ou même appréciable, pourvu que cette injection soit astreinte à certaines règles parmi lesquelles il signale la nécessité de pratiquer de préférence l'injection dans le tissu dermique, puis l'avantage qu'il peut y avoir à pousser le piston de la seringue à mesure que l'aiguille pénètre dans la peau, afin d'éviter de pousser l'injection directement dans une veine. Cette dernière recommandation sera considérée comme très importante, tout le monde étant d'accord sur le danger de l'introduction immédiate des substances toxiques dans le courant intraveineux. Et la statistique donne entièrement raison aux préceptes formulés par M. Reclus. Car notre confrère n'a jamais observé d'accidents même légers, et il a pu obtenir l'anesthésie jusque dans des tissus enflammés et comme tels réputés jusqu'ici réfractaires à l'action de la cocaïne. Mieux encore, il a cherché à obtenir et a obtenu l'insensibilité du tissu osseux : à preuve, l'exécution sans douleur de quelques résections des orteils ou des doigts, la possibilité de réduire des fractures en diminuant notablement les souffrances des malades. On voit donc, par ces simples citations, ce que la chirurgie peut espérer d'un agent si utile et qui constitue réellement une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique contemporaine.

---

L'étude des altérations chroniques du myocarde a déjà fait l'objet de nombreuses recherches, et cependant nous ne connaissons pas encore toutes les formes anatomiques que ces altérations peuvent revêtir, non plus que les formes cliniques qui les traduisent extérieurement. Cette réflexion se trouve justifiée par l'important mémoire lu en séance académique, au nom de M. Renaut, de Lyon, mémoire dans lequel on trouve, à un haut degré, le caractère de précision et d'originalité qui distingue d'ordinaire les travaux de ce savant observateur. Pour ceux qui connaissent la compétence de notre confrère

Lyonnais, il ne peut y avoir doute sur la valeur des faits qu'il a découverts et dont la connaissance nous permettra de mieux interpréter désormais la pathogénie de certains accidents cardio-pulmonaires englobés si longtemps sous la rubrique vague et vraiment par trop élastique de myocardite chronique, de dégénérescence sénile, etc.

Ainsi, à côté de la dégénérescence graisseuse, de la myocardite scléreuse, de la myocardite chronique hypertrophique et des altérations consécutives à des lésions du péricarde ou à des organes voisins, il faudra désormais admettre une autre altération bien définie et qui consiste essentiellement dans la disparition par segmentation du ciment normal interposé bout à bout entre les cellules musculaires des parois du cœur. C'est un véritable travail de dissociation qui s'opère, et à la suite duquel les fibres musculaires privées de leur point d'appui ne peuvent plus fournir que des contractions musculaires insuffisantes. Que l'on suppose une pareille lésion généralisée ou seulement un peu étendue et l'asthénie cardiaque devra apparaître fatalement. De fait, c'est cette dernière qui domine toute cette symptomatologie ; c'est à elle que l'on peut rapporter en fin de compte les troubles cliniques vraiment spéciaux à cette forme. Au nombre de ces derniers, M. Renaut a signalé surtout les caractères particuliers du pouls (faux pouls régulier, pouls arythmique multiforme), l'effacement du choc précordial localisé, l'existence d'un souffle médio-cardiaque aisément reconnaissable, etc., etc. L'ensemble de ce phénomène constitue un tout qui acquiert réellement la valeur d'un syndrome.

La mort paraît être le résultat fréquent, sinon le plus habituel, de cet état de choses dont la gravité se mesure d'ailleurs à l'importance de la fonction propre à l'organe altéré. Elle a lieu quelquefois par asystolie, plus souvent par syncope. Mais la rupture du cœur n'a pas été observée, contrairement à ce que l'on pourrait attendre d'une lésion qui semble pourtant de nature à diminuer singulièrement la résistance mécanique du muscle cardiaque. M. Renaut fait remarquer en plus que les malades atteints de myocardite segmentaire partielle sont des individus essentiellement vulnérables du côté du cœur et des bronches. La congestion pulmonaire est chez eux fréquente et mortelle, la bronchite y acquiert aussi rapidement un caractère de redoutable gravité. Cette dernière remarque dicte une partie des précautions prophylactiques à prescrire, de même que la constatation du fait fondamental de l'asthénie impose l'usage des toniques du cœur et de tous les médicaments propres à relever sa force contractile.

En définitive, l'altération si minutieusement décrite par M. Renaut semble avoir pour équivalent clinique un syndrome non moins bien constitué et facilement reconnaissable pour tout clinicien quelque peu exercé : c'est donc une entité morbide, dans l'acception véritable du mot. Il était réservé à notre confrère de Lyon, histologiste consommé et observateur habile, de réaliser cette nouvelle conception nosologique qui nous paraît devoir prendre rang au nombre des notions les mieux établies de la pathologie du cœur.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

— MM. les Drs Balzer et de Beurmann commenceront à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 19 février, à 9 heures et demie, des conférences cliniques hebdomadaires.

Services médicaux de l'Assistance publique a Paris. — Le Dr Chassaing vient de déposer au Conseil municipal un rapport dans lequel il demande l'augmentation des hôpitaux, le dédoublement des services actuellement existants, et la création d'hôpitaux de quartier ou ambulances d'arrondissement. Il propose en ce qui concerne le personnel médical de solidariser les trois parties de l'assistance et d'établir des étapes progressives dans le service médical ; chacune de ces étapes ne serait franchie que par un concours ; pour parvenir aux hôpitaux, il faudrait d'abord passer par le bureau de bienfaisance, puis par les ambulances d'arrondissement. (*Bulletin municipal officiel du 12 février* 1890).

— L'Association des étudiants a donné jeudi dernier à l'Hôtel-Continental, son premier grand bal. On remarquait parmi les nombreux invités, tout le haut personnel de l'instruction publique. La soirée a eu un succès complet.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Le *Medical Record* du 8 février annonce la mort à New-York du Dr Charles Wood, né en 1825, il fit les campagnes en Potomac et servit le général Wright en Sacramento, il avait été Président de l'Association médicale de New-York qu'il représentait au 9e Congrès médical international. Il avait aussi présidé la Société de médecine légale, etc.

***

*Hôpitaux de Paris.* — Le jury pour le concours qui doit s'ouvrir le 28 février, pour trois place de médecins dans les hôpitaux de Paris est composé sour réserve d'acceptation de MM. Fournier, J. Simon, Constantin Paul, Oulmont, Hutinel, Terrier, Cornil.

Les candidats inscrits sont au nombre de 68, ce sont : MM. les Drs Siredey, Gallois, Havage, Bourcy, Poupon, Morel-Lavallée, Duplaix, Richardière, Gauchas, Lebreton, Mathieu, Galliard, Giraudeau, Delpeuch, Duflocq, Belin, Marphan, Berhez, Menetrier, Guinon (Georges), Lermoyez, Ribail, Grattery, Martin de Gimard, Durand-Fardel, Béclère, Deschamps, Jacquet, Blocq, Darier, Le Gendre, Dalche, Martha, Barbier, Thibierge, Barhe, Polguère, Babinski, Florand, Charrin, Rohert, Baudouin, Hischmann, OEttinger, Launois, Widal, Thoinot, Despréaux, Achard, Roger, Bourdel, Lapitan, Jeanselme, Besançon, Guinon (Louis), Gilles de la Tourette, Queyral, Pignol, Méry, Lesage, Wurtz, Dubief, Cayla, Nourric, Budor, de Gennes, Liandier et Bruchet.

L'Administration de l'Assistance publique par voie de *referendum* avait demandé aux candidats au Bureau central de voter par oui ou par non sur la question de savoir si, au cas où le nombre des places vacantes ne dépasserait pas cinq, il n'y aurait pas lieu de faire un seul concours au lieu de deux par an.

La majorité des candidats a voté non. Si l'Administration se conforme à cet avis, il y aura donc toujours jusqu'à nouvel ordre deux concours de deux ou trois places par an.

***

*Isolement dans les hôpitaux d'enfants.* — Il avait été question au Conseil municipal de créer dans la banlieue de Paris des hôpitaux consacrés uniquement aux maladies contagieuses de l'Enfance. M. Variot avait été chargé d'étudier en Angleterre le fonctionnement d'établissements de ce genre. Son rapport adressé au ministre de l'Intérieur fait savoir que ces hôpitaux n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait et qu'il vaut mieux introduire dans les hôpitaux d'enfants actuellement existants un système qui permette l'isolement et des malades et du personnel appelé à les soigner.

***

*Cours de gynécologie.* — M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux commencera un *cours libre* de gynécologie, 12, rue de Navarre, le mardi 25 février et le continuera les mardis, jeudis, et samedis suivants, à la même heure.

M. le Dr Doléris fera ses premières leçons sur *les moyens d'exploration usités en gynécologie.*

— MM. de Beurmann et Balzer commenceront le mercredi 19 février, à 9 heures 1/2, à l'hôpital de Lourcine, des conférences cliniques hebdomadaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

*Thèses soutenues pendant le mois de janvier.*
(Année scolaire 1890.)

M. Lesueur-Florent. — Etude sur les divers emplois du plomb métallique en chirurgie.

M. Conte. — Contribution à l'étude de l'influence des injections interstitielles d'oxyde jaune de mercure sur les éléments globulaires du sang et sa richesse en hémoglobine dans la syphilis.

M. Denis. — De l'origine aquatique de la fièvre typhoïde (épidémie de Mouillepieds près Rochefort).

M. Le Quément. — Relation d'une épidémie de dysenterie observée à bord du transport-aviso La Saône.

M. Labouesse. — Amputations partielles et totales du pied (étude de médecine opératoire).

M. Dubois. — Contribution à l'étude du vaginisme.

M. Cornet. — De l'origine spasmodique des coliques et de leur traitement par les vaporisations rectales d'éther.

M. Doublet. — De la kolpo-cystotomie dans le traitement de la cystite douloureuse rebelle.

M. Le Quinquis. — Sur une manifestation épidémique d'hémiplégie faciale (observations recueillies au cours d'influences associées : grippale, pneumonique et diphthérique).

M. Oui. — Etude sur quelques manifestations morbides observées chez les trieurs de moules des environs de Chatelaillon (Charente-Inférieure).

M. Mirande. — Du traitement des kystes hydatiques suppurés du foie par les injections de naphtol B.

M. Rougier. — Contribution à l'étude et au traitement de l'épithélioma bénin de la face.

M. Borde. — De la vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale.

M. Maclaud. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'oxyde jaune.

M. Dupuy-Fromy. — De la traction cervicale graduée substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 FÉVRIER.

Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 25.— Diphthérie, croup, 34.—Choléra, 0. —Phtisie pulmonaire, 242. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 2. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 53. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 50.—Bronchite aiguë, 38. — Bronchite chronique, 53. — Broncho-pneumonie, 42. — Pneumonie, 70.— Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. —Biberon, 40.—Diarrhée au-dessous de 5 ans, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 40.—Sénilité, 54.—Suicides, 11.—Autres morts violentes, 11. —Autres causes de mort, 192.—Causes inconnues, 8 — Total : 1067.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MEDECINE PRATIQUE

### Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte

(Hôpital Alexandre de Saint-Pétersbourg),
Par le Dr N. Blagovestschensky.

Si de nos jours la connaissance de l'étiologie de certaines maladies chirurgicales a pu accomplir de grands progrès, elle en est redevable aux travaux de deux savants illustres, Pasteur en France et Koch en Allemagne. Le premier surtout peut être considéré comme le vrai fondateur de la bactériologie, science qui se rattache par des liens les plus intimes à la pathogénie.

Avant même que les idées de ces savants se soient répandues, les anciens chirurgiens combattaient, sans les connaître, ces agents invisibles, en mettant leurs malades dans les conditions de l'hygiène la plus sévère et en employant divers moyens thérapeutiques. Mais ces agents invisibles, inconnus et non moins dangereux, pénétraient dans les plaies, y produisaient la suppuration, ce qui ralentissait la guérison, ou bien provoquaient une mort rapide par infection purulente.

C'est avec les travaux de Passek, Rosenbach, Ogston, Krause que nous voyons les données expérimentales de la bactériologie appliquées à l'étude des causes immédiates des maladies purulentes. Ces savants ont démontré que les seuls agents de la suppuration sont des microorganismes tout à fait définis et spéciaux à chaque cas particulier, quel que soit le processus pathologique, phlegmon, septicémie ou infection purulente.

Les chirurgiens se mirent alors à chercher et trouvèrent des moyens plus efficaces de parer au mal ; c'est l'intervention chirurgicale prompte, et au moment propice, faite avec le concours de tous les procédés antiseptiques et aseptiques connus. Ceci permet actuellement de sauver la plupart des malades qui seraient condamnés, sans ces moyens, à une mort certaine.

Le cas que je désire présenter est intéressant à ce point de vue qu'il n'a pu être traité chirurgicalement, et mené à bonne fin que grâce à la stricte application des procédés nouveaux. Il a été observé à l'hôpital Alexandre, de Saint-Pétersbourg, qui a pour chef de la section de chirurgie, le professeur agrégé Ratimoff. Grâce à son initiative et à ses conseils, l'hôpital possède un laboratoire spécialement destiné à la préparation des pièces de pansements, et à la stérilisation des instruments.

Passons maintenant à l'observation de notre malade.

Le 6 juin 1889 entra à l'hôpital Alexandre, à Saint-Pétersbourg, une femme mariée âgée de 33 ans, A. W., d'origine anglaise Rien de particulier du côté des antécédents héréditaires.

Premières règles à l'âge de 12 ans, venant à partir de cette époque toujours régulièrement, sans douleur, durant 4 à 5 jours.

A 23 ans première grossesse, accouchement à terme de 3 garçons, dont l'un mort-né. La période puerpérale se passa sans inci-

## FEUILLETON

### Une encyclopédie d'hygiène et de médecine publique (1).

Les premiers principes de l'hygiène ont dû être presque contemporains des premières atteintes de la maladie sur l'homme. — Le sentiment de la conservation est instinctif. Et dès que la santé a été menacée, on a évidemment cherché à la conserver intacte. Aussi trouve-t-on dans tous les traités de médecine, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, en passant par l'Ecole de Salerne qui nous a inondés de ses distiques en assez mauvais latin, des préceptes, des aphorismes, des conseils, souvent empreints d'un cachet de naïveté en quelque sorte primitive.

Ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle que l'hygiène a cherché à se créer un domaine spécial dans l'ensemble de nos connaissances médicales. N'est-ce pas Noël Hallé qui le premier a été professeur en titre d'une chaire d'hygiène dans notre Ecole de Paris?

Mais depuis, et surtout dans le cours des vingt dernières années, que de chemin parcouru! L'hygiène ne se contente plus de réglementer la vie privée de l'individu. Elle a de plus hautes visées ; elle aspire justement à prendre sa place dans les forces administratives des Etats. Elle a fait accepter son influence dans l'organisation sociale. Et l'on ne saurait s'en plaindre.

La médecine publique est née, a grandi ; elle a même commencé de porter ses fruits. Mais pour arriver à ce résultat, quelle somme de travail n'a-t-il pas fallu? Quel grand nombre d'adeptes, quel groupement de forces séparées d'abord dans bien des catégories professionnelles, médecins, chirurgiens, chimistes, architectes, administrateurs, accoucheurs, physiciens, météorologistes, etc.!

Par contre, quelle profusion de travaux, quelle inondation de livres, mémoires, brochures, ou simple articles relatifs à l'hygiène! On commence à ne plus compter les organes, journaux ou revues, s'occupant exclusivement d'hygiène. Le chiffre s'en accroît

(1) Paris, Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs. Nous avons déjà annoncé la publication des premiers fascicules de cette Encyclopédie, dans la *Gazette médicale* du 28 septembre 1889, page 467.

dents, et les règles reprirent leur cours habituel jusqu'à la grossesse suivante survenue 3 ans plus tard.

La troisième grossesse en 1884 avec aconchement à terme, se passa comme les précédentes. Mais 3 mois après, survint une hémorrhagie qui a duré trois mois, très abondante par moments et avec caillots. L'hémorrhagie ayant cessé, la malade s'est remise complètement.

Au mois d'avril 1889, la malade remarqua que le coït s'accompagnait de douleurs dans les parties profondes des organes génitaux, suivies d'une hémorrhagie qui dura 3 jours. Au mois de mai, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre, qui augmentaient pendant la marche. Les hémorrhagies survenaient de temps en temps. Vers la fin du mois de mai, les douleurs paraissaient être plus fortes du côté des reins, venant par accès nocturnes de 2 à 3 heures de durée. Les digestions devinrent douloureuses, le sommeil agité, mais l'appétit resta normal et les selles régulières (tous les jours).

*Examen de la malade.* — La malade est de bonne constitution, non amaigrie, mais nerveuse, pleurant facilement. Les organes internes paraissent normaux.

En examinant les organes génitaux, on trouve toute la paroi postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac postérieur infiltrée, inégale et augmentée d'épaisseur par places. A peu près vers le milieu de cette paroi, à distance égale de la fourchette et du col de l'utérus, on voit dans ces tissus infiltrés une ulcération avec des bords taillés à pic. L'ulcération mesurait 3 centimètres de diamètre.

L'exploration par le rectum nous fait sentir un amincissement considérable de la paroi postérieure. Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont absolument libres. Le corps de l'utérus et les ovaires sont normaux. Les parois du rectum même d'après ce qu'on a pu constater par l'examen ne sont pas atteintes par le processus pathologique du vagin.

Pendant l'examen, les parties malades du vagin saignèrent. La malade se plaint de douleurs violentes de toute la hauteur du vagin, avec irradiation du côté des reins.

Pouls de 78 par minute, température 37,6, respiration 16. L'analyse chimique de l'urine montre qu'elle est normale (1300 c. c. en 24 heures, densité 1018).

Le diagnostic fut posé entre un sarcome et une des variétés de la dégénérescence carcinomateuse.

Vu le désir de la malade de se soustraire à des douleurs devenues presque continues et insupportables, vu aussi la localisation relative de la lésion et son peu d'étendue, l'opération fut décidée.

Elle a lieu le 12 juin 1889.

Le matin de la veille de l'opération, on administra à la malade de l'huile de ricin (45 gr.), et le soir un lavement. Le jour même un bain tiède de 28°, et une heure avant l'opération, encore un lavement. L'état psychique de la malade est satisfaisant, 78 pulsations par minute, respirations 16, température 37,0

A 11 heures 20 minutes on commence la chloroformisation. La période de l'excitation n'est pas longue et se transforme bientôt en sommeil complet. La respiration est régulière, pouls bon.

A 11 heures 45 minutes, après une toilette soignée des parties avoisinant le champ opératoire, on se met à l'œuvre. Malgré tous les moyens employés pour évacuer le rectum, il y est resté pas mal de matières liquides, qu'on fait partir à l'aide d'un lavage au sublimé, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

On introduit dans le vagin des spéculums de Sims. A l'aide d'un bistouri droit on pratique deux incisions parallèles à 3 1/2 centimètres de distance en partant de la commissure postérieure de la vulve. La marche du couteau était contrôlée de temps en temps par l'index introduit dans le rectum. Le lambeau médian fut saisi dans les pinces de Museux, et la séparation des tissus malades continua en montant. Ces tissus étaient ramollis et se déchiraient dans les pinces.

Tous les vaisseaux de nouvelle formation et d'un certain volume, rencontrés pendant l'incision, furent liés. Ayant atteint le cul-de-sac postérieur et enlevé une partie de la lèvre postérieure du col de l'utérus qui a paru attaquée, on entra dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, où l'infiltration disparaissait. Etant arrivé ainsi jusqu'au péritoine, nous rencontrâmes une partie de la séreuse fortement adhérente aux organes voisins, et on ne put éviter de la blesser. Elle fut suturée avec du catgut aux parties ensanglantées voisines.

La tumeur ainsi extirpée fut amenée à l'extérieur. La profondeur et la surface rétrécie du champ opératoire ne permettant pas de poser les ligatures sur des petits vaisseaux, 6 pinces de Péan furent laissées en place. La partie opérée fut lavée avec une solution antiseptique d'acide salicylique à 1 pour 1000. Des lambeaux de gaze iodoformée furent introduits et les pinces fixées à l'entrée du vagin.

Sur la vulve, on appliqua un bandage de ouate au sublimé. Afin que les parties opérées puissent garder un repos absolu, on attacha les membres inférieurs à l'aide d'une forte bande. Après avoir réveillé la malade, on lui donna 60 grammes de Madère. Sur le bas-ventre, on posa des vessies à glace. L'opération avait duré 2 heures et demie.

*Période post-opératoire.* — Une heure et demie après l'opération,

---

tous les ans. Les sociétés spéciales se multiplient également. C'est donc un signe des temps, une manifestation d'un besoin tous les jours plus pressant pour les Etats de prendre en mains la sauvegarde non plus seulement de la vie, mais de la santé de leurs administrés. C'est une nécessité pour les sociétés civilisées; c'est un devoir, c'est pour elles une question de vie ou de mort.

Pour répondre à de pareilles aspirations, pour les diriger, pour arriver à les satisfaire, il devenait nécessaire de posséder une sorte de code, résumant, commentant et formulant en manière de loi pratique les résultats des études et des recherches de tant de travailleurs qui se sont occupés des questions sanitaires.

Un seul médecin, réduit à ses propres forces, était incapable d'accomplir ce grand œuvre. Il fallait une véritable commission d'hygiénistes ayant chacun leur compétences spéciales. Un homme s'est rencontré, le Dr Jules Rochard, qui s'est entouré de collaborateurs en nombre suffisant pour entreprendre la publication d'une encyclopédie d'hygiène et de médecine publique.

Commencée en juillet dernier, cette publication marche à grands pas, car voici que nous avons déjà sous les yeux un volume et demi (1). Après l'article d'anthropologie générale de M. de Quatrefages, après le travail de M. J. Bertillon sur la *Démographie* et celui de MM. Le Roy de Méricourt et Engène Rochard sur la *Climatologie*; le directeur de l'Encyclopédie à donné de belles pages sur la *Pathogénie*, et M. Léon Colin a refondu, rajeuni en quelque sorte et condensé dans 250 pages son grand ouvrage sur les *Épidémies*. Puis MM. Nocard et Leclainche ont étudié dans le chapitre *Épizooties* les maladies des animaux qui sont transmissibles à l'homme.

Maintenant la 1re grande division de l'Encyclopédie, l'*Hygiène générale* est sous nos yeux dans son entier. Et la 2e partie qui traite de l'hygiène alimentaire est déjà fortement entamée par le chapitre de M. Gabriel Pouchet sur les aliments.

Ce qui a paru de cette vaste Encyclopédie fait donc bien augurer de ce qui reste à faire. Nous adressons donc des félicitations en même temps que des encouragements au directeur, aux collaborateurs et aux éditeurs d'une œuvre si bien conduite.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

(1) Le premier tome forme un volume grand in-8°, de plus de 800 pages. L'ensemble de la publication doit former huit volumes.

la malade est prise de nausées qui se terminèrent par un vomissement d'un liquide trouble. Elle se plaint de douleurs de reins. On lui administre des pilules de glace, du café et du vin. A 6 heures du soir, température 37,6, pouls 82.

13 Juin. Sommeil assez tranquille. On a fait, la nuit, une piqûre de 0,01 d'acétate de morphine dans les tissus du bas-ventre. L'écoulement sur le bandage a été insignifiant et inodore. Tempér. 37,6, pouls 85, 700 c. c. d'urine en 24 heures, d'une densité de 1027, pas d'albumine, beaucoup de phosphates.

A 9 heures du soir, la malade se plaint de douleurs pelviennes. La pression extérieure n'est cependant pas douloureuse. Les nausées diminuent. Tempér. 38,2, pouls 92.

Le 14. Après une piqûre de 0,01 d'acétate de morphine, la malade a tranquillement dormi jusqu'à 2 heures, ensuite le sommeil devint agité. Presque pas de souffrances; sensation de faiblesse de la région rachidienne. Tempér. 37,5, pouls 80, 750 c. c. d'urine dont la densité est 1,024. Le soir, tempér. 38,2, pouls 90. Le pansement de la vulve est changé 1 fois en 24 heures. Ecoulement très peu abondant.

Le 15. La nuit s'est bien passée, pas de douleurs, pas de nausées, 80 pulsations par minute avec une tempér. de 37,0. La glace est enlevée du bas-ventre. Le soir, tempér. 38,2 et 90 pulsations par minute, 800 c. c. d'urine, dont la densité est 1,023. Traces d'albumine. Les tampons ne sont pas très sales et sont inodores. Les pinces sont retirées.

Le 16. La malade a bien dormi la nuit. Les douleurs ont disparu. L'appétit est bon de même que l'humeur. Tempér. 37, 5, 80 pulsations. L'albumine a disparu de l'urine.

Le soir temp. 38,0, 88 pulsations par minute.

Le 17. L'appétit augmente. Pas de douleurs. Tempér. 37,6, pouls 78. Urine 800 c. c. sans albumine. Le soir tempér. 37,8, 82 pulsations par minute.

Le 18. Les tampons sont enlevés. Ecoulement peu abondant et inodore, 1000 c. c. d'urine dont la densité est 1020. Tempér. 37,6, 78 pulsations par minute. On donne à la malade du bouillon, du vin et du pain blanc. Le soir, tempér. 37,4, 72 pulsations. Les douleurs n'ont pas reparu.

Le 20. Changement de tampons. Toute la surface de la partie opérée se couvre uniformément de bourgeons charnus. Urine 1100 c. c., densité 1019, sans albumine. Tempér. 37,2, 75 pulsations par minute.

Le 24. Les sécrétions sur les tampons sont à peine visibles. La surface opérée est parfaitement bourgeonnante. La malade est de bonne humeur. Le sommeil et l'appétit sont bons. Tempér. 37,3, pouls 72. Digestions bonnes.

Le 29. La partie supérieure du champ opératoire est en voie de cicatrisation. Dans les parties inférieures, la cicatrisation marche bien à la périphérie. Dans les parties centrales les bourgeons ont très bon aspect. Tempér. 37,4. Pouls 76. Urine 900 c. c. de 1,018 de densité.

Le 4 juillet. La partie supérieure de la plaie opératoire s'est tout à fait cicatrisée. Dans la nuit, douleurs de reins, avant-coureurs des règles. La perte de sang n'est pas abondante, les dernières règles avaient lieu le 6 juin. Les tampons sont enlevés; le sang a cessé de couler le matin.

Le 9. Etat général satisfaisant. Les douleurs n'ont plus reparu. Sommeil et appétit normaux. Toute la plaie opératoire s'est cicatrisée à l'exception de la partie centrale, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Mais la granulation a ici un bon aspect. Urine 1000 c. c. densité 1,019.

Le 11. Le soir, douleurs dans les reins; le matin perte de sang assez abondante. Etat général satisfaisant. Tempér. 37,4. Pouls 76.

Le 13. La perte de sang diminue. Les douleurs n'ont point reparu. Digestion bonne. Le sommeil ne laisse rien à désirer. La malade peut facilement changer de position dans son lit, et se mettre sur un fauteuil.

Le 15. Les règles ont cessé. La cicatrisation a encore marché. Cautérisation au nitrate d'argent de la partie centrale, dont la cicatrisation est un peu retardée.

Le 17. Trente-cinq jours se sont écoulés depuis l'opération. La malade a bonne mine, marche facilement, peut se baisser sans éprouver la moindre souffrance. On fait une légère cautérisation de l'endroit bourgeonnant. Tempér. 37,2. Pouls 76. La malade quitte l'hôpital à condition de revenir tous les 4 jours.

Les observations faites jusqu'au 10 août ont montré que la cicatrisation de l'endroit bourgeonnant se faisait très lentement. Les douleurs et les hémorrhagies ne sont plus revenues. La malade est de bonne humeur et a bonne mine.

Nous n'avons pu la suivre ultérieurement à cause de notre départ de Saint-Pétersbourg.

*La tumeur* après durcissement complet dans l'alcool fut soumise à l'examen microscopique. On fit des coupes à travers toute l'épaisseur de la muqueuse infiltrée et du tissu cellulaire sous-jacent. Le microscope montre des travées fibrenses et des alvéoles de grandeur différente, remplies d'épithéliums. Les cellules épithéliales sont de grandeur moyenne, polyédriques pour la plupart. Quelques-unes ont pénétré à travers la trame fibreuse et infiltrent le tissu cellulaire voisin. Les alvéoles sont dépourvues de membrane propre, et en général l'image rappelle le carcinome ordinaire, avec caractère squirrheux par places et épithéliomateux dans d'autres. Les parties les plus profondes de la couche sous-muqueuse présentent le même aspect. Ces préparations furent soumises au professeur Winogradoff qui a bien voulu confirmer le résultat de l'examen.

D'après l'examen microscopique, il est difficile d'espérer une guérison définitive de la malade, la récidive n'étant que trop probable.

Le chirurgien ne pouvant compter que sur ses yeux et ses doigts pour distinguer les parties malades, n'est jamais sûr d'avoir enlevé tout le tissu malade. Au moins les indications de l'opération ont été remplies; car les douleurs violentes dont souffrait la malade ont complètement disparu.

Un incident intéressant de l'opération a été la blessure du péritoine, qui n'a pas eu de suites fâcheuses à cause de l'antiseptie la plus parfaite des instruments.

Nous croyons pouvoir dégager de cette observation les propositions suivantes :

1° Il est permis d'intervenir dans un cas de cancer des parois vaginales même très étendu, si toutefois les organes du voisinage ne sont pas englobés dans le processus pathologique.

2° Il est indispensable de contrôler le plus souvent possible la direction du couteau du côté du rectum avec le doigt, pour ne pas le léser inutilement.

3° Quand l'opération est faite d'après les règles de l'antisepsie complète (comme dans notre cas), si on entre dans le bassin en blessant le péritoine, il est préférable de le suturer aux tissus sains avec du catgut ou avec de la soie.

4° On peut laisser les instruments aseptiques dans les plaies, sans aucun danger pour la vie du malade.

## RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

REMARQUES SUR L'ÉTUDE DE L'ÉRYSIPÈLE DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL, par P. THIÉRY (interne de la Pitié).

(*Suite et fin.*)

Le 21. J'incise un vaste abcès malléolaire externe (9e). L'état général est grave, sueur, dyspnée, douleurs abdominales vives. Les urines sont redevenues très noires, et on fait provisoirement un pansement borique.

M. Verneuil a prié M. Maygrier, accoucheur de la Pitié, de venir voir la malade. M. Maygrier trouve le col ramolli, et l'utérus aug-

menté de volume; peut-être du hallottement; il n'entend pas les bruits du cœur. Pour lui, il y a forte présomption de grossesse de 4 mois 1/2 environ et il faut attendre. Matin 37°; soir 38°6, on débride un abcès de la jambe (10e).

Le 22. État stationnaire. Hypogastre douloureux. Soir, état typhoïde très grave, dypsnée considérable; l'auscultation du poumon ne révèle aucune complication. Après une injection hypodermique de morphine, la respiration se régularise. Matin 37°6; soir 39°.

Le 23. La nuit a été très agitée. Le matin la malade est calme. Langue saburrale. Il me semble percevoir au palper des mouvements fœtaux dans la fosse iliaque droite. Matin 37°4; soir 38°6

Le soir la malade va très mal. Dyspnée considérable. Douleur hépatique vive. Pour la première fois j'entends les battements du cœur du fœtus. Vers la soirée, épistaxis, délire, état des plus graves.

Le 24. L'état est encore sérieux : la malade ne prend aucune nourriture, car elle vomit même le lait et le bouillon. M. Verneuil fait appliquer un visicatoire sur l'hypochondre hépatique. On administre de la glace par petits morceaux, et la malade cesse de vomir. Matin 38°4; soir 39°8. La nuit est agitée; la malade ne dort pas, souffre et vomit.

Le 25. Ce matin il s'écoule du pus en abondance des incisions supérieures. La jambe est encore empâtée avec œdème considérable du pied. Empâtement considérable inguinocrural; la région malléolaire et jambière inférieure est en bon état. L'état général est meilleur. Matin 37°8; soir 38°4.

Le 26. L'état est toujours sérieux. M. Ricard, chef de clinique, draine un abcès à la partie supérieure de la cuisse (11e).

Le soir la malade est très mal, subdélirium, Matin 37°9; soir 38°.

Le 27. La malade est un peu remontée et l'état est assez satisfaisant le matin. Mais le soir la température tombe à 37° bien que le pouls soit à 95. La malade est hébétée; elle affirme aller bien et ne pas souffrir. Il y a un écoulement abondant de pus par les diverses incisions. On donne un lavement avec 2 gr. d'antipyrine, mais elle ne peut le conserver. Matin 37°4 : soir 37°.

Le 28. Va beaucoup mieux : elle est presque gaie. On sent les mouvements de l'enfant. Ouverture d'un petit abcès (12e) à la partie moyenne et interne de la jambe. Le soir, mauvais état. Matin 37°2; soir 38°3.

Le 29. Va mieux : le fœtus remue toujours. Le soir la malade est baignée de sueurs et très oppressée. Matin 37°; soir 38°.

Dans la nuit, elle essaie de se suicider par strangulation et l'on intervient à temps. Syncope, puis excitation délirante.

Le 30. Sueurs profuses, affaissement. Incision d'un abcès (13e) à la partie supéro-interne de la jambe. Matin 37°8; soir 38°.

Le 31. Incision d'un abcès (14e) à la région malléolaire interne; pus épais, assez abondant, Matin 37°; soir 38°.

1er avril. Sueurs profuses, les douleurs abdominales ont disparu; celles de la jambe persistent. Matin 37°5; soir 38°5.

Le 2. Même état; je ne puis percevoir les mouvements du fœtus ni entendre les bruits du cœur. Le soir la surveillante sent l'enfant remuer. Matin 37°5; soir 38°5.

Le 3. Je sens quelques mouvements de l'enfant, faibles. Très graves frissons répétés. Epitaxis, vomissements. Matin 38°4; soir 39°. Le soir état très grave.

Le 4. La malade ne prend toujours aucun aliment : les épitaxis continuent. On ouvre au bistouri et à la sonde caunelée un large abcès profond de la cuisse (15e) qui contient un demi-litre de pus crémeux environ. Matin 37°5; soir 37°.

Le 5. Epistaxis. Vomissements. On prescrit des lavements nutritifs car la malade est très faible et amaigrie. L'enfant ne remue pas. Matin 37°3, soir 37°6.

Le 6. La cuisse redevient souple et se déterge; le mollet reste dur, empâté. Matin 37°2 soir 38°2.

Le 7. Incision (16e) profonde, étroite à la partie postéro interne du mollet. Il sort un demi-litre environ de pus concret. Lavages larges. On sent les mouvements fœtaux. Amélioration considérable de l'état local et général. La malade cause et rit avec nous : elle mange un peu, elle est fort émaciée. Elle ne souffre plus dans les jambes et dans l'hypogastre. J'ouvre un petit abcès malléolaire externe (17e). Matin 37°2 soir 37°9.

Le 8. Matin 37°6. Soir 38°. Rien de particulier.

Le 9. Il y a encore un peu d'empâtement du mollet et de la cuisse. Sueur abondante le soir. Matin 37° soir 37°6.

Le 10. Bon état. Matin 37° soir 37°6. J'ouvre à la sonde cannelé un abcès (18e) de la partie supérieure de la cuisse. La grande lèvre gauche est considérablement œdématiée et dure.

Le 11. Rétention de pus à la cuisse : un lavage l'évacue. L'appétit revient un peu. Matin 37°, soir 37°8.

Le 12. État stationnaire. Rétention de pus à l'abcès de la cuisse. Matin 37°5, soir 37°6.

Le 13. M. Ricard ouvre deux abcès (19e et 20e) malléolaires et un au mollet (21e). Depuis quelque temps l'état général bon le matin s'aggrave tous les soirs. Matin 37°4, soir 37°2.

Le 14. État stationnaire. La grande lèvre a un volume énorme. Matin 37°2, soir 37°4.

Le 15. On ouvre un abcès (22e) à la partie antérieure de la cuisse et on dilate l'ouverture à la pince; pus très abondant. Douleurs vives épigastriques, épistaxis, vomissements, état grave, la jambe est très fléchie. Matin 37°, soir 37°2.

Le 16. Va bien ce matin 36°8, soir 37°6.

Le 17. Dilatation de l'orifice d'un abcès (23e) à la pince. La cuisse se déterge bien. Matin : 36°8, soir 37°.

Le 18. Va bien : Matin 36°6, soir 38°.

Le 19. Très bon état. La cuisse et le mollet sont bien détergés. Matin : 37°, soir 38°8.

Le 20. Il y a eu recrudescence fébrile. Douleurs abdominales, vomissements. Épistaxis. Un abcès se forme à la partie supéro-externe de la cuisse. Matin 37°4, soir 39°2.

Température des 21 et 22 avril. Matin 38°, et 37°6, soir 39°, et 36°6.

Le 23 Matin 36°8, soir 36°2 (?)

Le 24. Il y a toujours œdème considérable de la grande lèvre. On trouve un abcès (24e) malléolaire externe : un autre pointe à la partie antéro-supérieure de la cuisse et un autre à la partie supéro-externe. Matin 36°5. soir 37°2.

Le 25. Matin 36°6, soir 37°.

Le 26. Je dilate un petit abcès (25e) sous cutané de la partie antéro-supérieure de la cuisse. Matin. 36°6, soir 37°.

Le 27. Va assez bien. Rien de particulier dans l'état général : l'abcès trochantérien qui était sous forme d'induration large comme la main se résoud de lui-même et a actuellement le volume d'une noix. La cuisse est bien détergée et contraste par son aspect émacié avec le mollet qui est toujours volumineux et empâté. Le fœtus est toujours vivant : Matin : 36°8, et 37°, soir 37°8, et 37°8.

Le 29. Ouverture d'un petit abcès (26e) trochantérieur que nous aurions cru terminé par induration. Matin 36°8, soir 37°6.

Le 30. Bon état de la malade qui est gaie. Matin 36°8, soir 37°2.

Le 1er mai. Matin 37°, soir 37°3, 2 *mai* Matin 37°, soir 38°2, 3 *mai*. Matin 37°, soir 38°6.

Le 4. Matin 37°, soir 38°, 5 *mai*. Matin 36°8, soir 37°6, courbatures, mauvaise humeur.

Le 6. Va mieux. Va mieux. Matin 37°, soir 37°, soir 37°4.

Le 7. Incision d'un large abcès (27e) du mollet qui contient un verre de pus. On le décime par trois incisions dont l'une au lieu d'élection de la ligature de la péronière, l'autre plus bas, et la troisième à la partie interne de la crête du tibia communiquant avec la précédente. Drainage large, pansement humide. Matin 37°, soir 38°.

Le 8. Rien de particulier le matin. Matin 37°2, soir 38°6. La malade devient inquiète dans la soirée : il survient des douleurs

abdominales vives, à 9 heures 1/2 du soir je touche le col qui est dilaté ; plus tard je sens la tête qui est en présentation fronto pubienne. Pas de travail, douleurs extrêmes qu'une 1/2 seringue de morphine calme. Compresses de sublimé sur la vulve. Je reviens voir la malade à minuit moins 1/4 : le travail est peu avancé : la rupture de l'amnios a en lieu.

Le 9. A 1 heure 1/2 du matin je vois encore la malade. Aucun travail ; douleurs vives : la grande lèvre énorme obstrue la vulve, elle est indurée et inextensible, enfin il y a enroulement du cordon autour du cou de l'enfant. Pour ces trois raisons je crois devoir faire l'application du forceps qui s'effectue bien. J'amène l'enfant vivant. La délivrance est assez facile et n'est retardée que par l'accumulation des caillots derrière le placenta : je leur fais la voie avec le doigt. Je fais de larges irrigations de sublimé à trois reprises différentes. A 8 heures du matin l'enfant est mis à la couveuse.

La mère va très bien. matin 37.6, soir 37°8.

Le 10. État excellent : tous les troubles douloureux etc... ont disparu depuis l'accouchement. Matin 38°5 ; soir 38°8.

Le 11. Matin 37°2 ; soir 37°5.

Le 12. Matin 37°8 ; soir 39°

Le 13. Ouverture spontanée d'un abcès (28e) à la partie antéro. supérieure de la cuisse. Matin 38° ; soir 38°2.

Le 14. Matin 37°3 ; soir 37°6.

Le 15. Matin 37°2 ; soir 37°7.

Le 16. Soir 37°2 ; soir 37°8.

Pendant ces trois jours, la malade mange très bien : elle a très bon appétit, ne souffre plus En résumé, la malade est très soulagée, la détersion se fait bien et l'œdème de la grande lèvre a complètement disparu.

Le 17. Matin 37° ; soir 38°.

Le 18. Un abcès (29e et avant-dernier) est en voie de formation a la partie antérieure de la cuisse ; il est d'ailleurs fort petit et s'ouvrir spontanément. Matin 36°6 ; soir 36°8.

Le 19. On porte la malade sur un brancard dans le jardin. Matin 37° ; soir 37°6.

Le 20. On incise encore un petit abcès de la cuisse (30e et dernier) la température monte encore le soir à 37°8.

Depuis ce temps la température n'a pas dépassé 37°2.

Le 24. On supprime tous les drains sauf deux. La malade se lève seule et va dans le jardin. L'état local et général est excellent. La malade mange avec appétit. Elle peut être considérée comme guérie.

Le 26. Tous les drains sont supprimés et la malade peut quitter de temps en temps ses béquilles et appuyer sur le membre malade.

5 juin. La malade va au Vésinet ; elle marche avec ses béquilles ; sa santé est parfaite et elle reprend de jour en jour de l'embonpoint.

Juillet. Elle revient nous voir dans les premiers jours de juillet ; les nombreuses cicatrices des diverses incisions sont bonnes ; il reste seulement quelques troubles circulatoires. Elle peut bientôt reprendre son travail de domestique.

Août. Revue en août, la malade est dans un état de santé parfait.

Pour que notre observation soit tout à fait complète nous devons y ajouter :

1° Les diverses observations prises dans le service d'accouchement par notre collègue et ami Couderc, pendant la durée du séjour de l'enfant dans la couveuse.

2° Les expériences et les examens bactériologiques entrepris par notre ami Clado, chef du laboratoire de M. Verneuil, dans le but d'étudier l'état du sang du cordon ombilical.

Ainsi que nous l'avons vu, l'enfant accouché au forceps pour les diverses raisons que nous avons énumérées était âgé de 6 mois 1/2 environ, le 9 mai, jour où il a été transporté à la couveuse.

A ce moment, il pèse 1,150 gr.

Dès le 10 mai, il est gavé avec le lait d'une nourrice 2/3, bouillon 1/3 et pèse 1,075 gr.

Le 11 il pèse 1,076 gr. et le 12 1,065 gr.

Le 13 on lui donne du lait de nourrice pur : Pesage 1,080 gr.

Le 14 il pèse 1,055 gr.

Le 15 il apparaît du sclérème qui persiste jusqu'à la mort. Poids 1,050 gr.

Le 16 poids 1,050 gr. — le 17 1,080 gr.

Le 18 il commence à téter et pèse 1,055 gr.

Le 19 le poids va à 1,070 gr. et le petit sujet ne présente pas de troubles digestifs évidents.

Le 20 il pèse 1,110 gr — le 21 1,065 gr. — le 22 1,080 gr. — le 23 1,080 gr. — le 24 1,050 gr.

Le 25 1,060 gr., il est très faible à ce moment.

Le 26 il se cyanose et meurt. Poids 1,080 gr. L'autopsie n'a pu être faite, il semble être mort d'athrepsie après une survie de dix-huit jours.

Dès le 9 mai, nous avons remis au Dr Clado, chef de laboratoire du service, le placenta et le cordon ombilical soigneusement conservés : on put recueillir aseptiquement le sang de la veine ombilicale qui fut soumis à deux épreuves : celle de l'examen direct au microscope, celle des cultures sur gélatine. Ni l'un ni l'autre ne donne de résultat positif. Il est donc hors de doute, après ces deux épreuves expérimentales, que l'enfant n'avait pas reçu les germes infectieux de la mère et que sa mort était étrangère à l'infection érysipélateuse.

Le pus des abcès avait été, lui aussi, dès le début, 1° examiné. 2° inoculé. Nous avons pu retrouver (et les recherches du Dr Clado confirment les nôtres) le streptococcus de l'érysipèle dans le pus des abcès incisés et les cultures faites au laboratoire, les inoculations pratiquées ensuite sont venues corroborer ce résultat.

Plusieurs particularités sont à relever dans l'examen de cette observation : M. Verneuil a déjà fait remarquer les deux suivantes :

1° « Lymphangite aiguë survenant à la suite d'une blessure légère chez une femme enceinte de un mois environ ; infection passagère avec persistance sans doute d'une inflammation locale subaiguë, mais sans influence apparente sur la grossesse ».

2° « Vers 4 mois 1/2 réveil et aggravation redoutable de la lymphangite, qui envahit le membre inférieur dans toute son étendue et dans toute son épaisseur ; suppuration à foyers multiples, très abondante, durant plus de deux mois ; infection avec grandes oscillations de température, ictère, épistaxis, etc. le tout n'accusant qu'une influence douteuse sur la marche de la grossesse ».

D'autres points sont encore à remarquer.

3° Au point de vue du pronostic en effet il paraît surprenant de voir guérir rapidement une malade, qui enceinte, atteinte d'une lymphangite éryripélateuse grave, opérée de 30 abcès consécutifs, dont plusieurs très étendus, ictériques à un moment donné, sujette par infection à des épistaxis rebelles, tombée dans une adynamie profonde avec température dépassant 40° « résiste aussi vaillamment », finit par reprendre un service pénible sans qu'il reste aucune infirmité locale, on aucun affaiblissement général après avoir mené sa grossesse jusqu'au 7e mois.

4° L'influence bienfaisante de l'accouchement ne saurait être douteux. Nous laissons à de plus autorisés le soin de dire quelle devait être en pareil cas la conduite du chirurgien, en ce qui concerne la provocation de l'accouchement prématuré,

mais on ne saurait nier à la simple lecture de notre observation, que le fait même de cet accouchement a levé chez notre malade toutes les complications redoutables qui menaçaient depuis longtemps son existence.

5° Au point de vue anatomo-pathologique, signalons enfin :

A. La multiplicité des abcès localisés au membre malade (30).

B. La présence, bien constatée par M. Clado et nous, dans ces abcès, du streptococcus de l'érysipèle. (V. thèse de Gars).

C. L'absence de ces mêmes microorganismes dans le sang de la veine ombilicale et par suite dans l'organisme du fœtus.

Ajoutons enfin que ce cas est un bel exemple d'antisepsie chez une femme infectée, les suites de couches ayant été des plus simples.

## REVUE DES JOURNAUX

### CHIRURGIE DU FOIE

I. — Sur un nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs biliaires, par le Dr Sengea. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 2 p. 28.

II. — La cholecystomie idéale pratiquée en deux temps, par le Dr Wölfler. *Ibidem*, n° 5, p. 100.

III. — Sur le nouveau procédé opératoire de Senger, par le professeur Langenbuch, de Berlin. *Ibidem*, n° 5, p. 100.

I. — Quatre méthodes opératoires s'offrent au choix du chirurgien appelé à intervenir pour remédier aux désordres qu'entraîne la cholélithiase : la cholécystectotomie ou extirpation de la vésicule biliaire; la cholécystotomie avec établissement d'une fistule biliaire; la cholecystotomie suivie de la remise en place de la vésicule après extraction des calculs et fermeture de la plaie, méthode opératoire inaugurée par Spencer Wells, et qui a été préconisée en Allemagne par Küster; enfin la méthode opératoire imaginée par Zielewicz, qui consiste à placer une double ligature sur le canal cystique et à réséquer la portion de ce conduit comprise entre les deux ligatures.

La méthode de Spencer Wells, préconisée par Küster, a été qualifiée d'idéale, et elle le serait effectivement ne fut le danger qu'on fait courir à l'opéré, d'un épanchement de bile dans la cavité abdominale, danger qui se réalise lorsqu'un des points de suture qui oblitèrent la plaie de la vésicule biliaire vient à céder. Cette mésaventure est surtout à craindre, d'après Senger, lorsque les parois de la vésicule sont envahies par des altérations inflammatoires. Or, il en serait toujours ainsi, à en croire Senger, lorsque la cholélithiase réclame l'intervention chirurgicale. La présence de concrétions dans la vésicule biliaire est quelque chose de banal chez les gens qui ont dépassé l'âge mûr; le plus souvent elle passe inaperçue du vivant de l'intéressé. Elle n'occasionne des troubles sérieux qu'une fois que s'est développée une cholécystite consécutive, avec épanchement séreux d'abord et purulent dans la suite.

Donc, partant de cette idée que « lorsqu'un malade affecté d'une cholélithiase vient réclamer l'intervention du chirurgien, les parois de sa vésicule biliaire ne sont plus à l'état normal », Senger a imaginé un procédé opératoire qui, selon lui, offre tous les avantages de l'opération de Spencer Wells, tout en mettant le sujet à l'abri du danger signalé plus haut. En voici la description.

Le patient est chloroformé. Après incision de la paroi abdominale, la vésicule biliaire est attirée au-devant des téguments de telle sorte qu'elle se trouve tout à fait hors du péritoine. Pour éviter qu'elle ne rentre dans l'abdomen par voie de rétraction, il faut la rejeter latéralement, de préférence à droite, de manière à lui faire décrire un coude. Les parois de la vésicule sont ensuite fixées aux téguments abdominaux par des points de suture (fil de soie). Puis, après l'avoir capitonnée au-dessus et au-dessous avec de la gaze iodoformée et avoir appliqué un pansement antiseptique, on la laisse en place.

Au bout de un ou deux jours, lorsque, par l'intermédiaire de la matière plastique exsudée, il s'est fait une occlusion parfaite entre la vésicule et le péritoine, Senger incise la vésicule, pour en extraire les concrétions. Aussitôt après, il recond les lèvres de l'incision. Ce temps de l'opération est exécuté sans le secours de l'anesthésie chloroformique, comme étant très peu douloureux. Si, d'ailleurs, par suite de l'arrachement d'un point de suture, il se fait un écoulement de bile, la chose n'implique aucun danger, car la bile ne trouve aucun chemin vers la cavité abdominale, elle est absorbée par les pièces du pansement. On peut suturer la vésicule biliaire une seconde ou une troisième fois, si cela est nécessaire.

Une fois que le pansement n'est plus teinté par la bile, on peut, pour atteindre le but final, procéder de deux façons différentes :

Ou bien détruire les adhérences plastiques qui établissent une barrière entre la cavité abdominale et le dehors, remiser la vésicule, et coudre les téguments abdominaux par dessus.

Ou, si l'on craint une hémorragie, une infection septique, quelque autre complication, abandonner à son propre sort la vésicule qui fait saillie en avant des téguments abdominaux; un travail progressif de rétraction la ramènera peu à peu dans sa position normale. Si, au pis aller, on n'obtenait pas l'oblitération parfaite de l'incision pratiquée dans la vésicule, il n'y aurait pas à craindre, comme après l'opération de Küster, un épanchement de bile dans la cavité abdominale. D'ailleurs, la fistule ponctiforme s'oblitérera finalement d'elle-même, au fur et à mesure des progrès du travail de rétraction, qui tend à ramener la vésicule dans sa situation normale.

Suit la relation d'un cas opéré avec succès par l'auteur. De l'aveu de ce dernier, l'emploi de son procédé opératoire est contre-indiqué dans les cas où la vésicule biliaire est ratatinée, diminuée de volume au point de ne pouvoir être amenée jusque hors la cavité abdominale même quand on fait basculer le foie de bas en haut.

II. — A proros de cette communication de Senger, Woelfler un élève de Billroth, fait savoir que le 1er juillet 1889, il a pratiqué chez une femme de 48 ans la cholécystotomie en deux temps, telle que la préconise Senger. Il ajoute qu'il a pu se convaincre de la simplicité et de la sûreté de ce nouveau procédé, qui supprime tous les dangers de la cholécystotomie idéale. Un élève de Woelfler publiera prochainement une relation détaillée du fait en question.

III. — D'autre part Langenbuch se livre à une critique acerbe de l'article de Senger. Tout d'abord, il reproche à ce dernier d'avoir avancé un certain nombre d'erreurs.

Ainsi Senger a prétendu que l'idée de recourir à la cholécystectomie était venue à Langenbuch en considération des inconvénients et des dangers qu'entraîne souvent la persistance d'une fistule biliaire après une simple cystotomie. En réalité ce que visait Langenbuch en se faisant le promoteur de la cystectomie, c'était surtout de supprimer le siège des accidents morbides (*locus morbi*).

Senger a prétendu que la cystectomie plus que la cystoto-

mie expose les opérés aux hémorrhagies et aux dangers de péritonite. Or les adhérences qu'il s'agit de rompre, pour isoler la vésicule biliaire, ne sont pas en général très vascularisées; en faisant des sections bien nettes, avec les ciseaux, on tarit sans difficulté l'écoulement de sang, par une application du cautère de Paquelin. La crase hémorrhagipare, que met en canse Senger, n'existe qu'autant qu'il y a résorption de bile, par suite d'une oblitération prolongée dn canal cholédoque par une concrétion, et cette dernière circonstance est une contre-indication à la cholécystectomie. De même, il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien de pratiquer la cholécystectomie quand la vésicule nage dans le pns, quand il existe une péricystite suppurée. On ne voit pas dès lors pourquoi la cholécystectomie entraîne, plus que la cholécystotomie, le danger d'une péritonite consécutive. Dire avec Senger que la péritonite, en pareil cas, a d'autant plns de chances de se produire que la paroi de la vésicule, envahie par une infiltration inflammatoire, est soumise à plns de tiraillements, c'est faire une hypothèse gratuite. Dire que cette inflammation de la paroi de la vésicule existe toujours, lorsqué l'intervention chirurgicale s'impose pour remédier aux accidents en rapport avec la cholélithiase, c'est émettre une hypothèse que contredisent les faits; Langenbuch en cite un exemple.

Enfin, Senger avait invoqué les résultats des expériences d'Oddi (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 8), comme un argument contre la cholécystectomie. Ces expériences ont démontré que chez des chiens privés de leur vésicule biliaire, l'intestin ne reçoit plus, en nn temps donné, suffisamment de bile pour émulsionner les graisses contenues dans une ration alimentaire ordinaire; d'où dépérissement. Or, rien de pareil ne s'observe à la suite de la cholécystectomie chez l'homme, autant que Langenbnch en peut juger par les résultats de son expérience personnelle. L'opération a toujours été suivie d'une augmentation rapide du poids du corps. Oddi a constaté que chez le chien, il existe, au débouché du canal cholédoque dans l'intestin, un appareil musculaire constricteur, qui résiste à une pression assez forte. Il est à croire que chez l'homme cet appareil existe et fonctionne mienx encore que chez le chien.

Pour ce qui concerne la valeur du procédé opératoire préconisé par Senger, Langenbuch a résumé son appréciation dans ces termes : ce que ce procédé a de bon n'est pas nouveau, et ce qu'il offre de nouveau est mauvais; c'est-à-dire que l'idée d'attirer le plus possible la vésicule biliaire au dehors, à travers une incision abdominale, de la fixer aux téguments abdominaux, et de ne l'inciser qu'une fois qu'elle a contracté des adhérences solides est loin d'être nouvelle. Or cette manœuvre n'est réellement facile que dans le cas, assez rare, où la vésicule biliaire est dilatée, par suite d'une oblitération du canal cystique. Quand elle est petite, ratatinée, elle reste masquée par le rebord antérieur du foie, et il est sonvent très difficile de l'amener jusqu'à la plaie abdominale.

(*A suivre*) E. Ricklin.

---

# BIBLIOGRAPHIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. le professeur Ollier, t. II.

*Résection en particulier. Membre supérieur.*
(Paris, G. Masson, éditeur, 1889.)

En présentant le denxième volume dn traité des résectious je n'ai pas à rappeler le but et l'esprit de cet onvrage dont le premier volume, ln avec ardeur par toute la génération chirurgicale actuelle, a pris la première place parmi les publications scientifiques de notre époque. Quel joyau de notre littérature contemporaine que ce traité des résections, écrit par un illustre maître qui y a mis l'empreinte des qualités de la chirurgie française et d'une pratique de prés de quarante ans. Si j'ai tant tardé à en offrir l'analyse aux lecteurs de ce journal, c'est que j'ai tenu à le relire moi-même bien des fois, pour être mieux à même de commuuiquer mon enthousiasme à ceux qui me liront.

Ce volume comprend les résections du membre supérieur. L'auteur y étudie successivement les résections de l'articulation de l'épaule, du coude et du poignet ainsi que de toutes les portions osseuses qui composent le membre supérieur. Je m'arrêterai simplement sur les articulations principales du membre.

*Articulation de l'épaule.* — M. Ollier étudie avec le plus grand soin le manuel opératoire de la résection de l'épaule. Nous y réviendrons plus loin, désireux d'appeler d'abord l'attention sur la question si importante des indications.

En lisant ce que l'auteur écrit sur les indications auxquelles elles peut donner lieu dans les arthrites infectieuses, il ressort le fait important que voici :

Dans une arthrite suppurée, simple ou provoquée par une ostéite épiphysaire, la simple arthrotomie peut ne pas suffire; la tête humérale peut gêner mécaniquement l'issue des liquides, elle peut être suffisamment altérée pour constituer par elle-même un foyer septique : il faut la supprimer.

Mais il est des cas où les foyers septiques de la tête humérale sont limités, alors il est avantageux de se borner à une résection longitudinale qui ne gêne en aucune façon l'accroissement de l'os en longueur et M. Ollier insiste sur ce fait que ce mode de résection n'est possible qu'avec une antisepsie rigoureuse. Il est certain que cette opération coupant l'articulation en deux aurait été autrefois grave et ratiounelle.

Le chapitre relatif à la pratique des résections dans la chirurgie d'armée est particulièrement important à lire et à méditer.

On sait que les principes de chirurgie conservatrice avaient poussé les chirurgiens militaires en 1870 à multiplier les résections. Les chirurgiens allemands avaient surtout insisté sur les brillants succès obtenus par eux. Or les révélations inattendues de Hannover montrèrent combien il fallait en rabattre de cet enthousiasme du début. A vrai dire. tout est à refaire à ce sujet, et M. Ollier donne des préceptes fort importants sur la conduite à tenir dans les guerres à veuir.

Il est évident qne la résection constitue la chirurgie de l'avenir; mais on en a trop fait pendant la guerre de 1870, et on les a mal faites, c'est donc à bien préciser les indications et à perfectionner le manuel opératoire, qu'il faut s'appliquer aujourd'hui.

Sous ce dernier rapport, M. Ollier a bien voulu montrer ce qne devait être une résection sous-périostée pour mériter

cette dénomination. Il est évident que les prétendnes résections sous-périostées de 1870 n'avaient de la méthode de M. Ollier que le nom, et c'est pourquoi Hannover a trouvé tant de résultats défectueux. C'est aussi cette préoccupation que justifie le si intéressant chapitre dn manuel opératoire auquel nous renvoyons le lecteur.

Quant aux indications, elles sont admirablement résumées dans ce livre.

Elles doivent varier nécessairement selon les cas. Il existe entre l'expectation pure et simple et l'amputation, toute une série d'opérations intermédiaires parmi lesquelles la résection qui, suivant les cas, sera inutile ou insuffisante.

Sans entrer dans le détail qui m'entraînerait trop loin, nous dirions : 1° qu'aux fractures simples de l'extrémité supérieure, la conservation pure avec antiseptie rigoureuse doit être la règle, mais la résection peut être indiquée s'il y a suppuration articulaire; on comprend combien cette résection retardée quand elle devient nécessaire, est avantageuse au point de vue de la régénération de l'os ;

2° Qu'aux fractures en éclat, la résection seule est applicable comme simplification au point de vue des accidents qui menacent le blessé pour le présent et pour l'avenir.

Si la résection est applicable seulement à ces cas, il ne s'en suit cependant pas, qu'elle doit être appliquée exactement dans tons.

Si, en effet, la fracture intra-articulaire seule de la tête est réduite en esquilles une simple esquillotomie est suffisante; la résection ne serait indiquée comme précédemment qu'en cas de suppuration secondaire.

Mais il convient de remarquer que l'esquillotomie n'est pas l'ablation pure et simple des esquilles.

M. Ollier a bien montré que les esquilles devaient être soigneusement dénudées.

Enfin la résection typique n'est applicable qu'aux cas où tout le renflement huméral a été brisé communicativement.

Si d"autre part la résection doit être faite économiquement, il ne faut cependant pas craindre de la compléter par une résection diaphysaire, c'est-à-dire d'appliquer franchement le trait de scie sur la diaphyse, si le broiement s'étend sur cette dernière. De la sorte on diminue le champ de l'amputation, et on se trouve amené à ne réserver cette mutilation qu'aux cas ou la diaphyse est intéressée sur une grande étendue en même temps que les parties molles.

Pour ce qui est de la résection proprement dite, nous pouvons dire que M. Ollier a très judicieusement restreint les indications de la résection primitive tout en augmentant celle de la résection secondaire.

Ce sont ces notions qui devront être présentes à l'esprit de tous les chirurgiens militaires.

M. Ollier a longuement étudié la question orthopédique. Cette question est née avec l'antisepsie: qui aurait autrefois songé à ouvrir une articulation pour une simple gêne fonctionnelle? et l'on se souvient des résistances que souleva la première communication de M. Ollier à l'Académie.

On peut dire que cette question, il l'a faite sienne par les nombreux travaux qu'il a pnbliés et les résultats auxquels il est arrivé en combinant l'antisepsie et la méthode sous-périostée sont absolument remarquables.

Dans l'ankylose de l'épaule, les mouvements deviennent de plus en plus étendus grâce au déplacement de l'omoplate, néanmoins la résection accroît notablement l'utilité du membre. Mais il faut savoir distinguer les cas, et ne pratiquer l'opération que si les muscles sont intacts, c'est-à-dire dans les arthrites ankylosantes à marche rapide et dans les arthrites traumatiques suppurées. Le jeune âge sera naturellement une contre indication absolue. Ses indications en restent donc très limitées.

Dans les luxations irréductibles, M. Ollier a très nettement posé les indications de la résection. Le chirurgien de Lyon, montre combien sont souvent illusoires les sections sous-cutanées et même l'incision à ciel ouvert. Le procédé des moufles n'est pas sans dangers.

Souvent après la section de tous les tissus fibreux, la réduction reste impossible; il faut donc réséquer; d'ailleurs nous reviendrons sur ce fait à propos du coude, si l'on réduit, l'ankylose reste inévitable. Il est donc nécessaire de réséquer non tant pour réduire que pour assurer le retour des mouvements, c'est-à-dire pour former une nouvelle articulation utile, en changeant les conditions anatomiques de l'ancienne.

Ces résections doivent être faites économiquement, mais il existe de grandes différences d'un cas à l'autre.

Nous disions plus haut que la résection avait été réellement compromise dans la guerre franco-allemande, c'est qu'en effet on voit souvent des bras sans fixité et inutiles après la résection plus incommodes qu'avec une ankylose. M. Ollier étudie cette question et montre ce que la chirurgie réparatrice ou l'orthopédie peuvent encore dans les cas de ce genre.

Quels sont les résultats orthopédiques et fonctionnels fournis pas les résections? Ne faut-il pas envisager les cas séparément pour juger ce point délicat de l'histoire des résections, car n'a-t-on pas rangé sous la dénomination de résection les opérations les plus diverses ?

M. Ollier a donc cinq variétés déterminées par le niveau des attaches mnsculaires, et il expose ce qn'il a observé chez ses opérés, en indiquant d'une façon aussi précise que possible le résultat orthopédique et fonctionnel et les conditions dans lesquelles il a été obtenu. On pourra voir dans ce chapitre les résultats remarquables qu'il a pn obtenir à l'aide de la méthode sous-périostée.

Sa statistique est également instructive à étudier, ainsi qne les considérations qui la suivent, 1 mort snr 30 cas. La statistique d'Otis semble établir que la résection est plus grave qne l'amputation; l'auteur combat cette conclusion, en faisant remarquer que si l'ampntation a sanvé plus de blessés que la résection, c'est qn'elle constitue une opération moins grave, au moins dans les conditions où se trouvait autrefois la chirurgie d'armée; au point de vue fonctionnel l'expérience est faite : dans les résections pathologiques et orthopédiques: dans la chirurgie de gnerre les résultats ont été mauvais, nous avons vu pourquoi plus haut, il convient d'en refaire l'expérience.

(*A suivre.*)

## REVUE DES THÈSES.

### TUMEURS.

DE LA TRANSPARENCE DANS LES TUMEURS COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC, par L. THERAULT (Th. de Paris, 1888.)

La transparence doit être distinguée de la translucidité. La première, qui s'observe dans l'hydrocèle lorsque la vaginale est complètement saine. fait juger du lieu occupé par le testicule et jusqu'à un certain point du volume de cet organe. La seconde, constatée dans des tumeurs solides tels que lipômes, sarcomes, kystes à graines riziformes, kystes dermoïdes à contenu méliçérique, chondromes, est caractérisée en ce que la lumière passe sans permettre de distinguer la source lumi-

neuse, le corps s'éclairant tout entier en renvoyant à son tour, comme le verre dépoli et la porcelaine, de la lumière diffuse.

Traitement des fibromes de la paroi abdominale, par J. Haquin (Thèse de Paris, 1888).

Les fibromes de la paroi abdominale, tumeurs fibreuses péripelviennes, fibromes de la fosse iliaque de certains auteurs, sont justiciables de l'intervention chirurgicale. Tous, quel que soit leur volume, doivent être opérés sans que l'âge avancé, la grossesse, les dimensions exagérées du produit morbide, un état général précaire, s'il n'est franchement cachectique, constituent une réelle contre-indication. L'ablation totale s'impose toujours, en ne craignant pas d'arriver au raclage de la séreuse péritonéale, voire même à son ouverture et à sa résection partielle s'il existe des adhérences. L'hémorrhagie primitive, qui s'observe assez rarement, peut être attribuée à la blessure des gros sinus vasculaires artériels ou veineux sillonnant l'enveloppe des fibromes, parfois à la section et à la rétraction des artères musculaires et plus exceptionnellement à la lésion d'artères impossibles ou très difficiles à saisir, qui fuient sous le péritoine. Il est à peine besoin de dire que le chirurgien procédant à l'ablation des fibromes du canal inguinal ou de la cavité de Retzius doit ménager le cordon spermatique, la vessie, l'urèthre et scrupuleusement respecter les adhérences contractées avec ces viscères. Les complications les plus à redouter sont la péritonite primitive et l'intoxication produite par la rétention dans la plaie des liquides septiques. L'éventration et la récidive sont toujours à craindre En tous cas l'extirpation des fibromes de la paroi abdominale est à recommander, puisqu'elle donne un tiers seulement d'insuccès, et nous savons gré à M. Haquin d'avoir plaidé sa cause dans l'excellent travail dont nous venons de parler.

Etude sur le traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode, par G. Purch (Thèse de Paris, 1888).

Le goitre est une affection que l'on a traitée de façons bien diverses. Cédant quoique un peu tard à l'engouement opératoire, en France aussi on a procédé à son extirpation, mais le crétinisme et le myxœdème consécutif si habituellement observés nous ont appris que la glande hypertrophiée ne pouvait pas être impunément enlevée. Aussi, bien que l'ablation partielle semble, à l'heure actuelle, donner d'assez bons résultats, on s'est hâté un peu partout de revenir à l'ancienne méthode des injections interstitielles de teinture d'iode, sur la pratique desquelles l'auteur donne de bonnes indicatons. Son travail se recommande par le résumé d'un nombre assez considérable d'observations.

Du gros rein polykystique de l'adulte, par F. Lejars. (Thèse de Paris, 1888).

Si l'étude des tumeurs solides et des kystes hydatiques du rein est aujourd'hui, grâce à des travaux recents, à peu près complète, il est loin d'en être de même des reins kystiques simples et surtout des gros reins polykystiques. Groupant deux faits de cette dernière affection que l'auteur avait eu l'occasion d'observer et deux autres absolument inédits à ceux déjà publiés, il est arrivé à avoir un faisceau respectable de 62 observations qui lui ont permis de dégager de la façon la plus nette les traits d'un type morbide.

Le gros rein polykystique est une tumeur rénale énorme, bosselée, constituée par une grappe de kystes arrondis, de volume différent, et dont la coloration varie du noir ou du brun foncé à la teinte jaune clair. Presque toujours bilatéral, mais généralement plus développé d'un côté que de l'autre, il s'accompagne fréquemment de kystes dans le foie : 17 fois sur les 62 cas relatés.

S'il faut réserver au point de vue pathogénique une place à l'hypothèse d'une lésion congénitale persistante, il est infiniment probable que dans la grande majorité des faits c'est au type de l'épithélioma mucoïde qu'on doit rapporter l'affection. Celle-ci a un début obscur, vaguement indiqué par des douleurs sourdes dans les régions des reins, un léger œdème des pieds, des maux de tête, un affaiblissement, qui passent presque inaperçus jusqu'au jour où éclate un accident grave, une hématurie, un accès urémique. C'est la symptomatologie presque entière, on le voit, des tumeurs solides du rein, mais avec des traits atténués et surtout avec une évolution lente permettant des trêves prolongées et se jugeant très souvent par un dénouement subit. Dans bon nombre de cas le volume du gros rein polykystique est suffisant pour permettre à une exploration physique attentive de porter un diagnostic précis. C'est ce qui a été fait dans les treize observations rapportées. Et il y a lieu de croire avec l'auteur que l'atténuation une fois attirée, sur ce sujet, le nombre de semblables constatations ne devra qu'augmenter. La nécessité d'un examen rigoureux s'impose d'autant mieux que la bilatéralité des lésions interdit toute intervention radicale. Au reste la chirurgie est à peu près ici sans action, le plus sûr moyen de prévenir ou du moins d'ajourner les accidents de l'urémie terminale consis tant à traiter le gros rein polykystique comme le mal de Bright, par la diététique et l'hygiène.

Ch. Amat.

## AFFECTIONS DES DOIGTS.

Séméiologie des doigts, par M. Arrivot. (Thèse de Paris, 1888.)

Il est un grand nombre d'affections dans lesquelles les altérations des doigts constituent un symptôme ou représentent un vestige. Ce sont les maladies générales avec leurs différents troubles de nutrition, les diathèses qu'une simple particularité dans la conformation des ongles peut laisser parfois entrevoir ou même affirmer, les maladies de l'innervation agissant plus particulièrement toutefois sur la main, les maladies de la circonvolution avec les cyanoses, les panaris et quelques gangrènes, la dilatation stomacale à laquelle M. Bouchard rattache les nodosités des secondes articulations des doigts et enfin le rachitisme et l'ostéo-malacie.

Un chapitre de séméiotique tel que celui dont il s'agit se prêtant peu à l'analyse, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'excellent et substantiel travail de M. Arrivot.

Le doigt a ressort, par V. Carlier (Thèse de Paris, 1889).

Le doigt à ressort a été diversement défini. Au point de vue purement symptomatique c'est une affection caractérisée par un arrêt dans un mouvement de flexion ou d'extension du doigt, arrêt suivi d'un ressaut et de la brusque reprise du mouvement qui se termine avec la rapidité automatique d'un ressort. Le rhumatisme est la cause générale la plus fréquemment incriminée, après lui vient le traumatisme. Une fatigue fonctionnelle exagérée a pu dans bon nombre de cas déterminer le développement de la maladie.

Assez rarement observé, le doigt à ressort siège plus particulièrement à droite, se montre à l'age adulte et affecte pour la femme une prédilection marquée. L'attention a été appelée

sur lui il y a une quarantaine d'années par Notta, alors interne de Nélaton.

L'étude de nombreux faits relevés par l'auteur, dont une quinzaine inédits, l'a convaincu facilement que l'affection dont il s'agit n'est pas toujours sous la dépendance d'une seule et même cause. A côté des cas qui sont manifestement dus à des lésions matérielles soit du tendon fléchisseur ou de sa gaine, soit de sa synoviale, soit enfin d'une des articulations du doigt, il en existe d'autres où on ne trouve rien, cas essentiels ou idiopathiques, attribuables à un spasme fonctionnel. Et cette interprétation doit être d'autant mieux acceptée que l'on relève comme causes prédisposantes du doigt à ressort les causes prédisposantes des névroses en général et des spasmes fonctionnels en particulier.

Le doigt à ressort peut donc être ou idiopathique ou symptomatique. Le premier, de beaucoup le plus fréquent, est d'origine nerveuse. Le second s'observant dans la proportion de 10 cas seulement sur les 105 relatés comprend deux variétés, la variété vaginotendineuse, purement mécanique, mais alors exceptionnelle et résultant le plus souvent de légères altérations qui déterminent secondairement chez un sujet prédisposé un spasme fonctionnel, et la variété ostéo-articulaire, assez rare, différant complètement au point de vue clinique du doigt à ressort proprement dit.

On comprend sans peine que le traitement devra être spécial à chacune des variétés. S'agit-il d'un cas purement symptomatique, c'est à la cause déterminante du mal qu'il faudra s'adresser, assez rarement par l'opération sanglante, plus souvent par le massage et l'électricité galvanique. S'agit-il au contraire d'un doigt à ressort idiopathique, c'est au traitement usité contre les spasmes fonctionnels que l'on devra avoir recours.

Les quelques lignes qui précèdent ne sauraient donner une idée de l'importance du travail de M. Carlier. Nous en recommandons la lecture à tous ceux qui désireraient être édifiés sur le doigt à ressort qu'on pourrait, si l'on voulait obéir aux errements du jour, appeler aussi maladie de Notta, et cela pour la double raison que sans une mort prématurée le fils aurait complété les travaux commencés par le père. Un ami dévoué, M. Carlier, a assumé cette tâche et il s'en est tiré à son honneur.

## BULLETIN

Sur l'aération permanente comme moyen curatif de la phthisie. Traitement de l'endométrite par le curettage utérin.

— On a beaucoup préconisé, depuis quelque temps, une méthode curative de la phthisie fondée sur l'hygiène et qui repose essentiellement sur le principe de l'aération permanente au moyen de la fenêtre ouverte. L'idée fondamentale de cette méthode n'est pas neuve, tant s'en faut: il y a quelque vingt ans, le Dr H. Bennett (de Menton) avait déjà indiqué les avantages de cette pratique et, par contre, avait fait ressortir les inconvénients du système opposé, celui qui s'appuyait sur la routine traditionnelle pour condamner les tuberculeux à vivre dans un appartement hermétiquement fermé, ce qui équivalait à une véritable claustration. L'opinion qui tend à prévaloir aujourd'hui est une sorte de réaction contre la pratique erronée qui a eu cours si longtemps. Pour la justifier, on ne ménage point les arguments tirés de la physiologie et de l'hygiène. La question est de savoir si elle mérite réellement la faveur dont elle jouit présentement, et si les inconvénients qu'on peut lui reprocher ne sont pas supérieurs à ses avantages.

M. Nicaise vient précisément d'attirer l'attention à nouveau sur ce sujet, mais les faits qu'il a communiqué à l'Académie ne nous paraissent pas encore assez probants pour résoudre définitivement la question. Dans ces nouvelles recherches, il a eu en vue surtout la détermination exacte des conditions thermiques réalisées par le fait de la communication large et permanente des appartements avec l'air extérieur. Il a cru pouvoir démontrer ainsi que l'écart entre la température de la chambre du malade et l'air du dehors reste considérable, bien que la fenêtre reste perpétuellement ouverte, même pendant les nuits les plus froides: que par conséquent le malade n'a rien à craindre d'un refroidissement brusque où même sensible, à condition de prendre certaines précautions fort simples qui consistent surtout à maintenir les persiennes fermées et à placer le malade à l'abri du courant d'air entretenu par la différence de température intérieure et exterieure. Ces conclusions de M. Nicaise paraîtront d'abord très valables, d'autant qu'elles sont appuyées sur une expérience personnelle prolongée. Pourtant elles laissent place à certaines objections que M. Dujardin-Beaumetz, rapporteur de l'Académie, a eu soin de mettre en relief avec l'importance qu'elles comportent.

En effet, il ne faut pas oublier que les recherches de M. Nicaise ont été poursuivies sous un climat particulièrement favorisé, le climat de Nice, où la température nocturne s'élève rarement au-dessous de 0° et où les hivers rigoureux sont exceptionnels. Mais il y aurait peut-être un danger réel à vouloir appliquer la même méthode dans des contrées plus froides, à température variable, là où durant l'hiver le froid des nuits descend assez fréquemment à 10° et même 15° au-dessous de 0°. Tel le climat des régions tempérées, et en particulier le climat de Paris. Croit-on que, dans ces conditions toutes différentes, les médecins et les malades se décideraient volontiers à tenter un essai dont les risques, à leurs yeux, pèseraient dans la balance bien plus que les avantages? La chose ici ne paraît possible que pendant la belle saison, c'est-à-dire approximativement du 1er mai au 15 octobre. On pourrait encore objecter à M. Nicaise qu'il a oublié de faire la part des jours où le soleil a brillé et de ceux où il est resté couvert: or cette distinction était fort importante et on eût pu y trouver un argument contraire à la thèse que l'auteur a voulu défendre.

On peut donc conclure, avec le savant rapporteur de l'Académie, que la question des avantages de l'aération permanente dans le traitement de la phthisie est loin d'être résolue et qu'elle réclame des recherches nouvelles et précises. Cette conclusion, fruit d'une sage circonspection, doit être opposée à l'absolutisme des promoteurs de la nouvelle méthode qui, dans leur impatience, voudraient la substituer à tout autre mode de traitement, voire même au traitement pharmaceutique taxé, pour les besoins de la cause, d'inutile et d'impuissant.

— Au nombre des réformes qui, de nos jours ont changé tant de choses en thérapeutique, il faut mettre au premier rang l'application des procédés de la chirurgie à la cure des affections utérines. Les tentatives dans ce sens sont déjà nombreuses: il ne se passe guère de jour où la presse médicale ne fasse mention de quelque opération nouvelle conçue en vue de guérir telle ou telle affection utérine considérée jusqu'alors comme justiciable des seules ressources de la médecine. Cette transformation, inaugurée il y a peu d'années, est pour une

grande part l'œuvre des jeunes chirurgiens dont la hardiesse est d'ailleurs suffisamment justifiée par le succès : et l'on peut ajouter qu'elle n'a été possible qu'à dater du jour où l'antisepsie a pris la place que nous lui voyons tenir aujourd'hui. Elle eût été repoussée comme téméraire et inacceptable par les chirurgiens d'avant cette date, même par ceux que leur habileté opératoire avait fait classer parmi les maîtres.

M. Bouilly vient de nous prouver à son tour que cette immixtion de la chirurgie dans le domaine de la thérapeutique utérine n'a rien que de légitime, en appliquant avec succès la méthode du curettage utérin au traitement de la maladie rebelle nommée *endométrite*. Le mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet a pour base un nombre de faits déjà imposant : après l'avoir lu, on est tenté de croire l'avenir de la nouvelle méthode assuré. Car, sans vouloir exagérer la valeur des chiffres, on peut dire qu'une opération capable de donner 39 guérisons complètes et 15 améliorations notables sur un total de 81 cas, a fourni par là même la preuve de sa supériorité : celle-ci devant d'ailleurs s'affirmer davantage à l'avenir par une pratique plus étendue et par une connaissance plus approfondie des causes d'insuccès. M. Bouilly n'a pas manqué de faire la part de ces dernières : elles lui paraissent tenir soit à la nature même de certaines endométrites, soit à la coexistence de certaines lésions péri-utérines ou de lésions des annexes : mais, les cas défavorables écartés, il ne reste pas moins établi que le curettage paraît devoir être la méthode de choix pour le traitement des différentes formes d'endométrite et particulièrement pour celui des formes hémorrhagique, mucopurulente et caséeuse.

En constatant ces faits, on ne peut s'empêcher de reconnaître une fois de plus la supériorité de l'intervention opératoire sur la thérapeutique médicale, au point de vue de la certitude et de la rapidité dans la guérison des affections locales. C'est ainsi que notre domaine, à nous médecins, semble décroître chaque jour devant ce que l'on pourrait appeler les empiétements de la chirurgie. Nous devrons prendre notre parti de cette dépossession légitime, à moins que l'on ne se décide un jour à modifier nos programmes d'études et à inscrire au nombre de leurs parties essentielles, la connaissance approfondie des maladies utérines et la pratique de tous les modes de traitement local qu'elles comportent.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Assistance publique a Paris, *secours aux établissements charitables.* — Le Conseil municipal a voté les sommes suivantes : Société protectrice de l'Enfance : 1,000 fr. — Société centrale d'éducation d'assistance pour les sourds-muets : 900 fr. — Hôpital français de Londres : 1,500 fr. — Asile des jeunes garçons infirmes et pauvres de la rue Lecourbe : 1,500 fr.

Hopital français de Londres. — Cet hôpital fondé en 1867 a soigné depuis sa fondation 5,165 malades, et donné 122,105 consultations, à des malades externes. Il comprend aujourd'hui 35 lits, savoir : 19 hommes, 11 femmes, 1 enfant et 1 lit pour les femmes en couches. Devenu insuffisant, sa reconstruction a été décidée et il doit être élevé dans l'avenue Schaftesbury. Le conseil municipal de Paris vient de lui allouer la somme de 10,000 fr.

La lèpre en Calédonie. — Il résulte des nouvelles de Kalana que la lèpre sévirait avec énergie chez les Canaques. La maladie aurait été apportée dans le pays par un chinois, d'autres disent par un indigène des îles de l'Est. Quoi qu'il en soit, elle se propagerait avec une grande rapidité et plusieurs milliers d'individus seraient atteints.

Congrès international d'hygiène. — La prochaine session, qui doit avoir lieu à Londres, s'ouvrira le 24 avril. Le Lord-Maire a mis les locaux de son administration à la disposition du Congrès.

Hotel-Dieu de Reims. — Le concours pour une place de médecin suppléant s'est terminé par la nomination de *M. Hache*, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

— Le Sultan vient de nommer dans l'ordre du Medjidié *Grand officier*, M. le professeur Hardy ; *Commandeurs*, M. le professeur Fournier et M. le Dr Péan ; *Officier*, M. le Dr A. Josias.

La fièvre typhoïde dans l'armée. — Il résulte d'un rapport du ministre de la guerre, adressé au président de la République, que les cas de fièvre typhoïde deviennent de moins en moins nombreux dans l'armée, grâce à la suppression des fosses d'aisances fixes et à l'usage des eaux de sources. Exemple : le nombre des cas de fièvre typhoïde observés en 1889, est de 4,412, alors que la moyenne des trois années précédentes était de 6,215 ; diminution 18·3, soit 29 0/0. Le nombre des décès dûs à la fièvre typhoïde est pour 1889, de 641, au lieu de 843, diminution 202, soit 24 0/0. Cet heureux résultat n'est pas définitif, puisque l'amélioration des locaux n'a pu encore se faire que partiellement, mais elle est digne d'être indiquée (voir le *Journal officiel* du 19 février).

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Nous avons le regret de voir tous les ans s'augmenter la liste des victimes du devoir professionnel.

Aujourd'hui, c'est un interne des hôpitaux de Lyon, M. Caillet, qui vient de succomber, emporté par une diphthérie qu'il avait contractée pendant son service à l'hôpital. Ses maîtres et ses camarades ont suivi en grand nombre ses obsèques.

***

*Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté a décidé de présenter en première ligne M. Debove, pour la chaire de pathologie interne, devenue vacante par suite de la mort de M. Damaschino.

***

— M. Brouardel, doyen, est maintenu dans ses fonctions, pour une nouvelle période de trois ans.

***

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements pendant le deuxième semestre de l'année scolaire. — M. Bar, agrégé, est chargé, pour l'année 1890, du cours de clinique d'accouchements fait aux sages-femmes. — M. Klippel, est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Bellangé, démissionnaire.

***

— Le Conseil général des Facultés et Ecoles de pharmacie de Paris, consulté sur le maintien de la chaire de médecine opératoire devenue vacante, s'est prononcé en faveur de ce maintien.

***

— Le Congrès médical international qui aura lieu à Berlin du 4 au 9 août est organisé sous la direction de MM. Wirchow, Bergmann, Leyden, Waldeyer et Lassar comme Secrétaire général.

*Ecole de médecine d'Amiens.* — M. Moulonguet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. Pengniez, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Herbet, décédé.

***

*Ecole de médecine de médecine de Reims.* — Par arrêté en date du 29 janvier, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de Reims, s'ouvrira le 10 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Nancy. Le régistre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Etude d'hygiène sociale. Syphilis et santé publique*, par J. Barthélemy, médecin nommé au concours de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1890, 1 vol. in-16 de 360 pages, avec 5 planches, 3 fr. 50.—Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

*Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, par le Dr L. Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. 1 vol. in-12 broché, de 647 pages. — Lecrosnier et Babé, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 FÉVRIER.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 16.— Diphthérie, croup, 38.— Choléra, 0.—Phtisie pulmonaire, 256. — Autres tuberculoses, 42. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 2. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57. — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 82. —Bronchite aiguë, 56 — Bronchite chronique, 52. — Broncho-pneumonie, 41. — Pneumonie, 69.— Gastro-entérite des enfants : Sein, 8. —Biberon, 30.—Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 30.—Sénilité, 41.—Suicides, 17.—Autres morts violentes, 16. —Autres causes de mort, 222.— Causes inconnues, 11.—Total : 1243.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## MEDECINE PRATIQUE

### NOTE SUR UNE NOUVELLE MALADIE ORGANIQUE DU CŒUR : LA MYOCARDITE SEGMENTAIRE ESSENTIELLE CHRONIQUE (1).

Par M. le professeur J. RENAUT (de Lyon),
Correspondant national.

Je me propose de faire connaître, dans cette communication, une cardiopathie nouvelle. Cette cardiopathie, à laquelle j'ai donné le nom de *myocardite segmentaire essentielle*, est symptomatiquement caractérisée par un complexus morbide typique, aussi aisément reconnaissable au lit du malade que celui de n'importe laquelle des maladies organiques du cœur aujourd'hui classées.

I

Anatomiquement, la myocardite segmentaire essentielle est caractérisée par ce que j'appelle aujourd'hui la *dissociation segmentaire* du tissu musculaire du cœur : c'est-à-dire par la lésion décrite par moi, dès 1877, dans un travail fait en commun avec mon ami le Dr Louis Landouzy (1). Cette lésion est aujourd'hui bien connue ; on sait qu'elle consiste essentiellement dans le ramollissement du ciment qui unit bout à bout les cellules musculaires cardiaques, les soude entre elles, et fait de l'ensemble de toutes ces cellules soudées des fibres arborisées dans tous les sens et dans tous les plans, lesquelles se poursuivent sans discontinuité dans toute l'étendue du myocarde. Par cette disposition, le myocarde arrive à réaliser, autour des cavités cardiaques, un véritable filet de mailles contractiles continu dans toutes ses parties. Il est clair que si, sur un grand nombre de points à la fois, le ciment qui soude les cellules musculaires entre elles a subi le ramollissement, et qu'à la place du trait linéaire et solide nommé *trait scalariforme d'Eberth*, il n'y ait plus qu'une substance semi-liquide ayant la consistance d'une gelée, les fibres arborisées du myocarde ne fourniront plus une contraction homogène, ni continue, ni suffisamment active, et que l'asthénie cardiaque suivra fatalement.

C'est ce qui arrive dans la myocardite segmentaire essentielle tout aussi bien que dans les myocardites segmentaires symptomatiques des affections valvulaires du cœur, des péricardites chroniques, de l'hypertrophie du cœur symptomatique de l'artério-sclérose et du mal de Bright dans sa forme interstitielle (1). Mais, *dans la nouvelle cardiopathie que je décris,*

(1) Cette communication a été faite à l'Académie de médecine, en l'absence de M. Renaut, par M. Albert Robin.

(1) C. *Rend. de la Société de Biologie*, 1877 — et : Note sur les altérations du myocarde accompagnant l'inertie cardiaque. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg.*, juillet 1877.

(1) Je puis confirmer ici les assertions émises dans le premier travail fait par moi et par Laudouzy. Dans tout cœur asthénique, la dissociation segmentaire du myocarde se retrouve. Qu'il s'a-

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Account of the Life and Works of Maister Peter Lowe, the Founder of the Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow, par James Finlayson. M. D. In-4, XIV-94 p. et pl. port. et fac. sim. Glasgow, 1889.

Une très curieuse figure assurément que celle de maître Peter Lowe, Ecossais d'origine, venu en France, où nous le trouvons successivement, élève du collège des médecins d'Orléans (très probablement) puis chirurgien des régiments espagnols, agrégé au collège de chirurgie de Paris, chirurgien du roi Henri IV ; et qui de retour en Angleterre, écrit un livre rarissime, devient chirurgien de Jacques VI, premier chirurgien du prince héritier, et fonde la faculté des médecins et chirurgiens de Glasgow... Et cependant, c'est encore un oublié du XVIe siècle ; les biographies générales lui consacrent à peine quelques lignes, quand elles ne sont pas muettes tout à fait, alors que notre savant collègue de Glasgow, M. le Dr James Finlayson a bien su écrire, récemment un volume d'une lecture des plus attachantes.

La date et le lieu de naissance de Peter Lowe sont inconnus. Il est d'Ecosse car il signe ses ouvrages ainsi, *Peter Lowe*, ou *Low*, Scotchman, ou Scottishman ; dans les premières éditions de ses livres, se trouvent aussi... *Peter Low* ou *Peter Lowe Arellian, doctor in the facultie of chirurgery in Paris*, ou bien : *Peter Lowe Scotchman, Arellian, doctor*, etc. Ce vocable *Arellian*, a donné lieu à bien des commentaires. Les uns, et surtout, M. T. Windsor de Manchester, pensent qu'il s'agit du lieu de naissance de Lowe, c'est-à-dire d'Arroll, localité appelée aujourd'hui Errol.

Mon érudit confrère M. Finlayson m'ayant fait l'honneur de me questionner à ce sujet, j'ai émis l'idée, que Arellian, voulait dire, Orléanais (sous-entendu universitaire d'Orléans), du mot aurelianensis, usité alors, que Peter Low traduisait assez régulièrement en anglais *arellian*. L'objection de la disparition de l'u, n'a pas grande valeur ; en latin même l'on a écrit *arelianus*, *arelianensi*, *arelianensis*.

Mais je possédais un autre argument à l'appui de ma thèse.

*la myocardite segmentaire existe seule* : la dissociation segmentaire, c'est-à-dire la fonte du ciment qui unit et sépare les cellules cardiaques, constitue la lésion unique, et en quelque sorte toute l'anatomie pathologique de la maladie. On ne trouve à côté d'elle ni lésions des séreuses, ni cirrhose cardiaque, ni endartérite des vaisseaux sanguins parcourant le myocarde. La lésion, je le répète, est pure. Elle se réduit au cassottement des fibres ramifiées du cœur, chaque fragment de la fibre cassée en travers répondant à une ou à quelques cellules musculaires cardiaques. Si l'on agite un fragment du myocarde dans une goutte d'eau, en le dissociant très légèrement avec des aiguilles, il se résout en une *poussière musculaire*, dont chaque grain est formé par une cellule contractile qui n'a jamais subi la dégénérescence graisseuse, mais dont le fuseau protoplasmique circumnucléaire est rempli de pigment brun ou doré. Bref, le fragment du muscle cardiaque se comporte comme celui d'un cœur sain qu'on aurait traité par la potasse à 40 p. 100 pour le résoudre en ses éléments cellulaires consécutifs ou *segments de Weissmann*. Voilà pourquoi j'appelle la lésion *dissociation segmentaire*; la maladie : *myocardite segmentaire*(1). Et je dis qu'ici, la myocardite segmentaire est *essentielle*, parce que la lésion maîtresse n'est accompagnée d'aucune autre lésion satellite, qui vienne altérer l'autonomie et la simplicité de l'altération du tissu musculaire: laquelle constitue à elle seule la caractéristique anatomo-pathologique de la nouvelle cardiopathie.

En effet, à l'autopsie, on trouve le cœur non pas hypertrophié, mais à peine un peu augmenté de volume. En moyenne, il pèse 370 grammes; aucune de ses cavités n'est dilatée. L'endocarde et le péricarde sont sains, les valvules aussi. Les artères coronaires sont perméables. Le myocarde est flaccide; le ventricule gauche notamment s'affaisse sous son propre poids; si bien que l'organe abandonné à lui-même sur la table d'autopsie s'aplatit absolument et très rapidement. La coloration du myocarde n'est plus celle de la chair musculaire; la fibre cardiaque est tantôt de couleur feuille morte, ou jaune sépia, ou d'une teinte gris-de-tourterelle légèrement rosée. Le ventricule se déchire sous le doigt comme du carton mouillé, et avec la plus grande facilité, exactement comme l'utérus d'une femme récemment accouchée. L'examen histologique fait par la méthode des coupes (1) révèle alors partout de nombreux foyers de dissociation segmentaire soit isolés, soit unis entre eux par des traînées de communication, soit enfin une dissociation segmentaire à peu près diffuse dans toute l'étendue des coupes.

---

gisse d'une lésion valvulaire, d'une ancienne péricardite, d'une hypertrophie du cœur consécutive à une maladie de Bright, le résultat est le même et la lésion est toujours présente, pourvu qu'il s'agisse d'un cœur devenu arythmique à un moment donné. Mais ici, l'altération du myocarde doit être considérée comme secondaire, commandée par les lésions valvulaires, séreuses, etc., — tandis que dans la myocardite essentielle, elle se produit *seule*. Le mot *essentielle* ne veut pas dire autre chose; j'insiste sur ce point afin qu'on ne m'objecte pas qu'en pathologie rien n'est essentiel, c'est-à-dire dépourvu de cause. Je veux seulement exprimer ici que l'altération du myocarde n'est accompagnée d'aucune des lésions connues qui l'engendrent ordinairement.

(1) Le mot de myocardite ne signifie pas ici *inflammation* du myocarde comme la désinence *ite* permettrait de le supposer. Il n'y a dans ce sens de myocardite vraie que la *myosite* cardiaque dont les caractères sont bien différents. J'ai surtout adopté ce terme de myocardite parce qu'il évoque d'emblée l'idée d'une *maladie du myocarde proprement dit*. Je lui attribue donc une valeur clinique abstraction faite du sens rigoureux qu'il a du reste à peu près cessé d'avoir en anatomie pathologique générale.

(1) Après avoir constaté sur le cœur frais la dissociation segmentaire en agitant un fragment du myocarde dans une goutte de picrocarminate ou d'éosine à 1 p. 200, et après s'être assuré par l'action de l'acide osmique qu'on n'a pas affaire à la dégénérescence graisseuse, on prélève des fragments du myocarde d'un centimètre de côté. On fixe ces fragments par le liquide de Müller pendant quelques jours; puis on lave, on colore en masse les fragments par le carmin aluné (24 heures). On lave de nouveau, on achève le durcissement par la gomme et l'alcool; et l'on fait des coupes longitudinales ou transversales au microtome ordinaire. On les monte dans la résine Dammar après les avoir fait passer par l'alcool fort, l'alcool absolu, l'essence de girofles et l'essence de bergamote. Cette méthode est la méthode de choix, et permet surtout bien de voir l'absence de ciment entre les cellules, les noyaux devenus géants et bizarres, déformés par des crêtes d'empreinte, la striation musculaire conservée et l'intégrité du tissu conjonctif et des vaisseaux : c'est-à-dire les caractères essentiels et typiques de la lésion.

---

L'université d'Orléans jouissait d'une certaine célébrité, des étudiants étrangers la fréquentaient, et son collège des médecins est l'un des plus anciens. Or, un érudit orléanais, mon parent, feu le Dr Charpignon (à qui, entre parenthèse, l'on doit la découverte de la pierre de Genabum) m'a montré un ancien registre du collège, sur lequel se trouve inscrit un Peter Lowe ; la date de sa réception n'est pas malheureusement assez rigoureusement citée, pour que l'on soit en droit d'affirmer qu'il s'agit bien du fondateur du collège de Glasgow. Enfin je dois encore dire que Peter Lowe, en faisant suivre parfois ses nom et prénoms des mots *scotchman, arellian*, ne paraît pas avoir l'intention d'ajouter le lieu de sa naissance, le mot scothman devait suffire pour indiquer son origine. C'est ainsi que l'on trouve parfois sur les ouvrages récents : *par X... de Paris, de Londres*, etc. On ne lit jamais : *par X..., Français de Paris, par X... Anglais de Londres*.

Quoiqu'il en soit Peter Lowe est venu de bonne heure en France. En additionnant les années de séjour qu'il rappelle dans ses ouvrages, l'on trouve qu'il a dû quitter son pays natal vers 1565. La France jusqu'alors fidèle alliée de l'Ecosse voyait avec plaisir l'arrivée des Ecossais chez elle, courant d'immigration accentué encore par la présence momentanée de Marie Stuart. Aussi les noms écossais sont-ils fréquents sur les registres de nos établissements scientifiques et dans l'armée. Lowe devient chirurgien ordinaire de Henri IV, le victorieux roi très chrétien, de France et de Navarre, ainsi qu'il l'écrit sur le titre de ses livres.

Après trente ans de séjour en France et dans les Flandres, il séjourne à Londres en 1595 et 1596 très probablement. Il donne dans cette ville :

An Easie, certaine, and perfect method, to cure and preuent the *Spanish Sicknes*. Wherby the learned and skilfull Chirurgian may heale a great many other diseases. At London, printed by *James Roberts*, anno Dom. 1596.

C'est un petit in-4° de 52 pages devenu des plus rares. L'auteur attribue la syphilis, qu'il appelle maladie espagnole, ce qui ne l'empêchera pas de l'appeler plus tard, la maladie française, aux soldats de Colomb, il paraît avoir observé lui-même, et parle même des cas d'infections à la suite de baisers. Il se loue beaucoup d'un électuaire qu'il a composé et qu'il a fait connaître « à MM. Le Fort et Pineau, docteurs en chirurgie » (sic.). Paraît ensuite :

A ce point de vue, il est d'importance capitale d'indiquer et de retenir que, même dans les cas où la dissociation segmentaire est discrète dans les parois cardiaques, elle est constamment ou très largement répandue, on même absolument diffuse dans les muscles papillaires moteurs valvulaires de la mitrale.

Enfin, la méthode des coupes permet aussi de reconnaître que le tissu conjonctif soit fasciculaire, soit intra-fasciculaire du myocarde, n'a subi aucune prolifération. Il n'y a point de cirrhose cardiaque; point non plus d'endartérite ni de périartérite, point de tractus fibreux pénétrant le muscle et partis du péricarde ni de l'endocarde. Le stroma connectif et vasculaire du cœur est resté sain. L'unique altération consiste dans la dissociation des cellules musculaires cardiaques, que l'acide osmique ne teint pas en noir, et qui, conséquemment, n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse.

La description symptomatique et l'analyse clinique qui vont suivre se rapportent exclusivement à l'anatomie pathologique qui précède. Il suffira, du reste, pour s'en convaincre, de lire l'excellente thèse inaugurale de mon élève et ami le Dr J. Mollard (1), l'un de mes meilleurs internes. Cette thèse traite de la myocardite segmentaire essentielle dans tous ses détails, et constitue dès à présent une monographie complète du sujet qui m'occupe ici.

II

Le complexus morbide de la myocardite segmentaire s'observe surtout avec ses caractères tranchés chez les vieillards. Il s'agit ici à proprement parler d'une cardiopathie sénile, ayant son maximum de fréquence entre 60 et 80 ans. Mais les limites de la maladie, au point de vue de l'âge, sont plus étendues. On l'observe, en effet, assez fréquemment chez les sujets prématurément sénilisés par l'alcoolisme, la goutte, etc., chez les surmenés. Enfin, la myocardite segmentaire essentielle peut être observée chez certains sujets à la suite de maladies aiguës telles que la fièvre typhoïde (Colrat, Dejerine). Mais alors elle tue rapidement par syncope ou guérit par restauration. Chez les séniles ou les sénilisés prématurés, et chez les alcooliques, elle est au contraire chronique et développe son processus et ses symptômes en série continue. C'est de cette forme chronique et surtout sénile que j'entends donner ici la description clinique.

Le signe révélateur habituel et même constant de la cardiopathie est *l'arythmie du pouls et du cœur*. Et ce qui est typique dans cette arythmie, c'est que du côté du cœur, elle se produit sans hypertrophie préalable, et que du côté du pouls, elle s'effectue sans aucunement modifier les caractères du tracé normal en tant que forme générale de la pulsation. Je m'explique : Supposons, ce qui est le cas le plus ordinaire, que nous ayons affaire à un vieillard. Chacun connaît les caractères généraux de la pulsation artérielle sénile : — ascension droite, souvent avec crochet, très haute; — plateau; — descente accidentée par le dicrotisme, et rejoignant la ligne d'ascension suivante à angle aigu. Dans la myocardite segmentaire, ces caractères généraux restent tels qu'on les observe chez les vieillards ordinaires. Jamais, quel que soit le degré de l'arythmie, le pouls ne prend la configuration du pouls asystolique des maladies valvulaires; jamais, il ne devient petit, inégal, intermittent et irrégulier. Sa grande amplitude subsiste. Mais à part cela, les modifications sont considérables et véritablement caractéristiques.

On peut distinguer deux formes du pouls sénile myocardique. J'appellerai la première *faux pouls régulier* (fig. 1); on la rencontre surtout dans les cas encore peu accusés et souvent latents du mal. En apparence, on a affaire à un pouls sénile type et d'amplitude parfois même exagérée. Mais un examen attentif des tracés montre que les diverses pulsations artérielles consécutives ne sont plus *ni équipotentielles, ni équidistantes* : l'amplitude pouvant varier, par exemple, d'un minimum de 8 millimètres à un maximum de 13; tandis que l'intervalle des ascensions artérielles variera de son côté entre un minimum de 8 millimètres 1/2 et un maximum de 19 millimètres 3/4, c'est-à-dire plus que du simple au double. Dans ces conditions, le pouls n'a plus qu'une apparence de régularité; chacune de ses pulsations consécutives n'est ni de même hauteur que celles qui précèdent et qui suivent, ni à la même distance de ses voisines. L'amplitude, la durée, le rythme des pulsations sont en réalité rompus. L'arythmie existe, insensible à l'exploration digitale ou au premier aspect du tracé.

(1) J. Mollard. De la myocardite segmentaire essentielle, et principalement de la forme sénile de cette affection. (*Thèse de Lyon*, décembre 1889, n° 492).

---

THE WHOLE COURSE OF chirurgerie, wherein is briefey set downe the Cause, Signes, Prognostications and Curations of all sorts of Tumors, Wounds, Ulcers, Fractures, Dislocations and all other Diseases vsually practised by Chirurgions, according to the opinion of all our auncient Doctours in Chirurgerie... WHEREVNTO IS ANNEXED THE PRESAGES OF Divine Hippocrates. London. Printed by Thomas Purfoot 1597.

Il y a eu quatre éditions de cet ouvrage, et non pas cinq, comme l'indiquent quelques biographes, qui d'ailleurs donnent des titres erronés. La deuxième de 1612, diffère notablement de la première, les troisième 1634, et quatrième 1654, sont semblables à la seconde, à l'exception de quelques légères différences dans les titres et la ponctuation.

Cet ouvrage devenu des plus rares est un dialogue ressemblant à un examen du collège de chirurgie. Dans la première édition, les deux interlocuteurs sont Jean Cointeret mort en 1692 et Peter Lowe lui-même; de temps en temps le dialogue est supprimé et l'auteur parle seul. En rappelant certains procédés thérapeutiques encore usités de son temps, tels que celui qui pour l'épistaxis, consistait à écrire sur le front du patient, avec son propre sang, Lowe sans déclarer y croire tout à fait, ne laisse pas que de les citer sans trop sans moquer. Il est plus à son aise dans le traitement des blessures. Il a connu Ambroise Paré, et parle en bons termes de la ligature. Il s'occupe des fractures en connaissance de cause, et appuie ses dires sur des autopsies. La deuxième édition de cet ouvrage publiée en 1612 sous le titre A DISCOURSE OF THE WHOLE ART OF CHIRURGERIE est augmentée notamment, surtout de citations se rapportant à des cas survenus dans sa pratique depuis l'édition de 1597. Cette édition est accompagnée de planches ou gravures sur bois copiées dans Paré et Guillemeau.

*(A suivre).*

Dr A. DUREAU.

Cependant que le malade meure, parfois de syncope à l'occasion d'une indisposition insignifiante, et l'on trouvera son myocarde envahi, souvent au plus haut degré, par la dissociation segmentaire.

Mais la forme commune du pouls arythmique, répondant à ce que j'appelle le *pouls arythmique vrai multiforme*, est autrement saisissante. Alors que, sous le doigt, il semble n'exister que quelques intermittences vraies ou fausses, de simples faux pas dans le cours du pouls sénile ordinaire, quand on prend, soit des tracés consécutifs pendant un quart d'heure ou vingt minutes, soit une série de tracés dans une même journée, on assiste à d'innombrables variations qui, à ma connaissance,



Fig. 1.
*Faux pouls régulier* d'un malade atteint de myocardite segmentaire essentielle sénile (Thèse du Dr Mollard).

ne se réalisent dans aucune autre forme de cardiopathie connue. Tandis qu'individuellement les pulsations ont gardé leurs caractères séniles, leur haute amplitude, leur crochet et leur plateau, etc., on les voit d'instant en instant changer de hauteur, de distance entre elles, de rythme quant à leur ensemble. D'un tracé à l'autre, ou même d'une première moitié d'un tracé à la seconde, l'amplitude par exemple passera d'un minimum de 8 millimètres à un maximum de 20, pour ne plus atteindre tout de suite après que 10 à 12 millimètres pour les pulsations les plus hautes. Le tracé se coupe parfois d'intermittences vraies, suivies immédiatement d'une pulsation bigéminée énorme, à la suite de laquelle la distance entre les pulsations consécutives passera brusquement de 9 millimètres à 18. Puis, viendront une série de pulsations bigéminées comme si le malade, pourtant non traité, était soumis à l'action de la digitale. Bref, les variations d'un tel pouls sénile défient toute description; et rien n'est saisissant comme de le voir se modifier aussi de tracé en tracé, de minute en minute. De façon que si un observateur tournait le dos au malade et recevait un à un les tracés qu'on vient de recueillir, il ne pourrait échapper à cette impression, que chacun de ces tracés émane de malades différents (fig. 2).

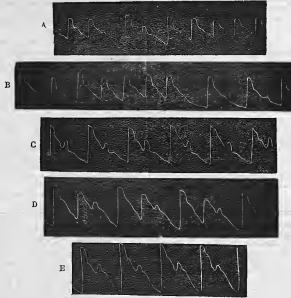



Fig. 2.
A, B, C, D, E. Cinq tracés consécutifs du pouls radial d'un même malade atteint de myocardite segmentaire (*Pouls arythmique vrai multiforme*). Thèse du Dr Mollard.

Le second grand signe de la myocardite segmentaire essentielle chronique est *l'effacement du choc précordial localisé*. Ce choc, qui demeure *toujours* intra-mamelonnaire, siége à sa place habituelle dans le 5e espace intercostal. Mais il est diffus, parfois totalement absent; en tout cas toujours impossible à localiser exactement sous le doigt en un point précis. La main posée à plat sur la région précordiale ne perçoit non plus que diffusément les battements du cœur, irréguliers et arythmiques, comme ceux du pouls, mais dont on ne peut relever les variations par des tracés, attendu que la coquille exploratrice ne révèle absolument plus rien du choc précordial sur le polygraphe.

Le troisième signe physique consiste dans l'existence de ce que j'ai appelé la *matité rectangulaire*. Pour sa thèse inaugurale, mon élève le Dr Mollard a relevé 25 calques de cette matité, que j'ai dessinée au crayon dermographique sur une multitude de sujets et toujours avec la même forme. 17 de ces calques de M. Mollard sont pour ainsi dire superposables. La matité rectangulaire est, comme son nom l'indique, limitée par quatre bords droits parallèles deux à deux. Dans le sens vertical, l'un des bords, l'externe, remonte du 5e espace (où bat diffusément la pointe), verticalement dans le 3e, *toujours en dedans de la ligne mamelonnaire*. Le bord interne de la matité, vertical aussi, remonte de la 6e ou 7e articulation synchondro-sternale au 3e espace, *sans que pour ainsi dire jamais*

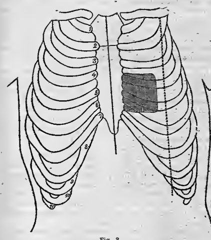



Fig. 3.
Matité rectangulaire (thèse du Dr Mollard).

*la matité ne dépasse le bord gauche du sternum* qu'elle longe en règle. Deux traits transversaux terminent, en haut dans le 3e espace, en bas dans le 5e, la figure typique de la matité. Même dans l'asystolie de forme particulière qui termine la myocardite segmentaire, cette figure ne varie pas. L'hypertrophie du cœur gauche et la dilatation du cœur droit sont des phénomènes étrangers à la cardiopathie que je décris. Leur absence constante chez elle constitue l'un des caractères les plus frappants de cette singulière affection cardiaque.

L'auscultation du cœur révèle chez tous les malades l'affaiblissement des bruits normaux et l'irrégularité plus ou moins accusée du rythme. Dans un certain nombre de cas, ces signes existent seuls; mais tôt ou tard apparaît un autre signe, tantôt épisodique, tantôt permanent, que je considère depuis longtemps comme l'un des plus caractéristiques de la dissociation segmentaire du myocarde : c'est *le souffle systolique médio-cardiaque*.

C'est un souffle doux, souvent extrêmement léger, siégeant à égale distance du lieu du choc de la pointe et de celui du battement des sygmoïdes aortiques. Là est son maximum d'intensité, c'est-à-dire au milieu du cœur. En outre, il ne s'irradie point horizontalement vers l'appendice xyphoïde, et ne se propage point non plus vers l'aisselle. Il ne s'entend plus en dehors du lieu du choc précordial. A droite et à gauche seulement de son point maximum, il se propage en décroissant à une petite distance : soit, sur une largeur du pavillon du stéthoscope. *C'est donc un souffle à la fois systolique, médio-cardiaque et limité*, dont le dernier caractère est de n'être accompagné d'*aucun bruit harmonique surajouté* au souffle fondamental. C'est même par là qu'on peut le distinguer à coup sûr des souffles dus à l'endocardite déformante de la valvule mitrale.

C'est à la dissociation segmentaire des muscles papillaires des valvules auriculo-ventriculaires que doit être attribué le souffle médio-cardiaque que je viens de décrire. Ces muscles, tenseurs des valvules, s'ils ne sont pas devenus complètement inertes, sont du moins rendus impuissants à mettre en extension complète, et avec la rigidité convenable, les voiles membraneux dont ils règlent le jeu. Les valves mitrales ne résistent alors pas mieux à la pression sanguine qu'elles ne le font à la pression de l'eau dans les expériences cadavériques. Comme, d'un autre côté, l'orifice auriculo-ventriculaire réel est resté à sa place normale, au lieu d'être reporté, comme dans les lésions mitrales vulgaires, au voisinage de la pointe du cœur; et comme la régurgitation du sang à travers une membrane mal tendue, mais intacte, est toujours peu considérable, les caractères du souffle s'expliquent. On comprend qu'il soit à la fois médio-cardiaque, doux et peu intense; qu'il ne se propage pas et n'ait pas de bruits harmoniques surajoutés.

Un dernier grand caractère du souffle médio-cardiaque de la myocardite segmentaire est, avons-nous dit, son instabilité. Chez un même malade, il peut faire défaut pendant de très longues périodes d'arythmie; puis il s'établit et persiste. D'autres fois, s'il s'agit, par exemple, de myocardiques emphysémateux, l'arythmie existe seule pendant l'été, tandis qu'elle sera accompagnée du souffle pendant l'hiver, lors qu'une longue période de bronchite aura exagéré la surcharge de la circulation pulmonaire. Dans certaines formes, caractérisées par des périodes d'arythmie paroxystique, le souffle n'apparaît que durant les paroxysmes d'arythmie. Mais le plus ordinairement, ce souffle, une fois établi, persiste avec des alternatives de renforcement et d'atténuation parfois poussée jusqu'au voisinage de l'effacement.

(*A suivre*).

## REVUE DES JOURNAUX

### CHIRURGIE DU FOIE

*Suite.*

IV. — L'EMPYÈME DE LA VÉSICULE BILIAIRE ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL, par le Dr M. HIRSCHBERG. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXVI FASC. 5 ET 6, p. 393.

V. — CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES, par le Dr P. SENDLER, *ibidem*, p. 383.

VI. — EXTIRPATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE, par le Dr THIEM. *Archiv für Klin. Chirurgie*, t. XXXIX, FASC 1, 1889.

VII. — CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DU FOIE, par le Dr ISRAEL. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 3, p. 41.

VIII. — DES EFFETS DE L'ÉPANCHEMENT DE BILE DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE ET DE LA CICATRISATION DES PLAIES DE LA VÉSICULE BILIAIRE, par le Dr R. SCHWARZ, de Bologne. *La Riforma medica*, 1889, p. 231.

IV. — Le mémoire très instructif de Hirschberg a été résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Les opérations sur la vésicule biliaire sont indiquées *a)* dans les cas de lithiase biliaire chronique, quand celle-ci revêt des allures graves et résiste à l'emploi des médications internes ; *b)* dans les cas de tumeurs en rapport avec la rétention du contenu de la vésicule, rétention due à l'oblitération du canal cystique par un calcul, et surtout dans les cas d'empyème de la vésicule ;

2° L'intervention chirurgicale est contre-indiquée lorsqu'il existe des raisons de croire à la présence d'un calcul migrateur dans le canal cholédoque ; il faut, dans ce cas, ajourner l'intervention, jusqu'au moment où le calcul s'est échappé dans l'intestin.

3° Dans le cas d'une oblitération persistante du canal cholédoque par un calcul, le danger qu'entraîne la rétention de la bile peut être détourné à la faveur de l'établissement d'une fistule biliaire ; car, même quand elle se prolonge pendant des années, les déperditions de bile n'altèrent pas forcément la santé dans une mesure sérieuse.

4° Là où néanmoins les déperditions de bile mettent la vie en danger, on pourra tenter la cholécystoentérostomie, opération d'une exécution très difficile, et qui jusqu'ici n'a été pratiquée avec succès qu'une seule fois.

5° Dans tous les cas où l'intervention opératoire est indiquée, la cholécystotomie est une opération parfaitement légitime, surtout la cholécystotomie en un seul temps.

6° L'extirpation de la vésicule biliaire convient surtout dans les cas de lithiase biliaire chronique, où elle entre en concurrence avec la cholécystotomie.

7° La cholécystotomie idéale n'offre aucun avantage sur la cholécystotomie commune, et jusqu'à plus ample informé elle doit être rejetée comme une opération dangereuse.

V. Un homme âgé de 50 ans, était sujet depuis bien des années à des accès de coliques hépatiques plus ou moins violentes. Au mois d'octobre 1884, un volumineux abcès s'était formé chez le patient, au-dessous du rebord droit des fausses côtes. On incisa la collection purulente ; elle n'avait pas de communication avec la vésicule du foie. Et cependant, le malade conserva une fistule, à travers laquelle s'écoulait de la bile.

Quinze mois plus tard, à la suite d'un violent accès de coliques hépatiques, cet écoulement de bile prit des proportions énormes ; au débouché du trajet fistuleux, on incisa largement les téguments abdominaux et la paroi sous-jacente de la vésicule biliaire, dont on retira, non sans difficulté, un grand nombre de concrétions de dimensions variées. Mais la cicatrisation de la plaie opératoire se fit attendre ; la fistule devint le siège d'un écoulement continu de bile, et parfois elle livrait passage à de petites concrétions à facettes. Puis, au bout de deux mois, la plaie s'est cicatrisée, pour se rouvrir de nouveau. Environ quatre mois et demi après l'opération, le malade a été emporté par une pneumonie.

Voici les particularités intéressantes révélées par l'autopsie : Injection ictérique de tous les organes. Péritoine normal, sauf que la paroi antérieure du foie était fixée par de larges adhérences à la paroi abdominale. Le canal cholédoque était perméable ; par l'orifice duodénal s'échappait de la bile. Immédiatement en amont de cet orifice, le canal était fortement dilaté ; dans cette ectasie se trouvaient enclavées deux concrétions du volume d'une noisette. La vésicule biliaire, avec ses parois revenues sur elles-mêmes, était complètement vide ; sa lumière était très diminuée (3 cent. 5). Le canal cystique était perméable, ses parois rigides. Le foie n'était pas augmenté de volume, mais les canaux biliaires étaient fortement dilatés jusque dans leurs plus fines ramifications. Leur contenu était constitué par de la bile en partie liquide, en partie concrétée, et par de nombreux calculs. A l'examen microscopique, on constatait l'existence d'une dégénérescence graisseuse du parenchyme glandulaire.

Ce cas démontre une fois de plus que même après la suppression fonctionnelle de la vésicule biliaire, avec perméabilité du canal cholédoque, le foie peut être le siège d'une production continue de calculs biliaires, circonstance qui, pour être rare, n'en doit pas moins être prise en considération, quand se pose la question de l'intervention opératoire et du choix entre la cholécystectomie et la cholécystotomie.

VI. — Une jeune femme qui avait eu quatre mois auparavant une pérityphlite, portait une tumeur dans la région du flanc droit. En injectant dans le gros intestin une quantité suffisante d'eau, on constatait que le côlon ascendant et le cæcum distendus se délimitaient de la tumeur d'une façon très nette ; il ne pouvait donc s'agir d'un néoplasme faisant corps avec ces portions du gros intestin ; on s'arrêta à l'hypothèse d'une tumeur de l'épiploon, fixée par des adhérences aux téguments abdominaux.

Une opération fut décidée. On incisa la paroi abdominale, depuis l'ombilic jusqu'à la symphise pubienne. Une fois la tumeur mise à jour, il fallut, pour l'isoler, trancher dans le muscle droit antérieur. Le néoplasme était pourvu d'une bride qui avait contracté de nombreuses adhérences avec l'intestin et l'épiploon. En longeant cette bride, on tomba sur une tumeur pyriforme, également fixée par de nombreuses adhérences aux parties environnantes.

On tira sur cette seconde tumeur ; celle-ci entraînait le foie, il s'agissait donc de la vésicule biliaire. Une ligature fut jetée sur le canal cystique ; au prix de grandes difficultés, on isola complètement, par voie de dissection, la tumeur qui avait la forme d'une clepsytre. Les deux portions de ce bissac, ainsi que le canal qui les reliait, étaient remplies de calculs biliaires.

VII. — L'observation d'Israël est intéressante à bien des points de vue ; en voici une relation abrégée :

A l'âge de 5 ans, le sujet de l'observation avait présenté une tumeur abdominale. Il y a sept ans, cette tumeur s'était ouverte dans le gros intestin, avec élimination des vésicules hydatiques par l'anus ; selon toute vraisemblance, il s'agissait donc d'un kyste échinocoque de l'épiploon.

Le patient s'était rétabli. Au mois de décembre 1887, il fut pris d'un ictère de moyenne intensité; le foie était très volumineux; d'après les résultats de la palpation, il y avait tout lieu de croire à l'existence d'une cirrhose du foie. Une ponction exploratrice, dans la portion du foie comprise en arrière du rebord des fausses-côtes, donna issue à un liquide contenant des crochets d'hydatides. Il y avait donc un kyste échinocoque à la convexité du foie.

Israël résolut d'opérer le kyste suivant le procédé de Landau : Incision de la paroi abdominale; attraction du foie de haut en bas, de façon à mettre à jour la partie inférieure du kyste. Les adhérences contractées par le foie avec la paroi thoracique, et la friabilité de la glande cirrhosée rendirent inexécutable ce second temps de l'opération. D'autre part, on avait mis à nu une grosse veine située à la face convexe de la glande, et qui croisait l'incision des parties molles en son milieu.

Une tentative faite pour suturer aux lèvres de la plaie la partie sous-jacente du foie échoua, également à cause de la friabilité du tissu glandulaire cirrhosé. L'opérateur se décida à tamponner la plaie avec de la gaze iodoformée, et à attendre que les adhérences lui permissent d'atteindre sans danger le kyste, en traversant le parenchyme glandulaire avec le thermocautère.

Une première tentative faite dans cette voie, sept jours plus tard, aboutit à un incident très curieux. Le parenchyme du foie avait été entamé par le thermocautère dans une épaisseur de 1 centimètre environ, lorsque se produisit une hémorragie profuse, partant de la grosse veine superficielle mentionnée plus haut. L'hémorragie était arrêtée et on était en train d'enlever le tampon pour continuer l'opération, lorsque tout à coup le patient vint en proie à une dyspnée violente; le nombre des mouvements respiratoires s'éleva à 50 par minute, les muscles respirateurs accessoires se contractaient énergiquement; une teinte cyanotique envahit toute la surface du corps et les muqueuses accessibles à la vue; les oreilles et les ongles étaient devenus d'un bleu noirâtre, et tandis que la paroi thoracique était ébranlée par de violentes contractions cardiaques, le pouls radial était presque imperceptible. Le patient était en imminence d'asphyxie. On lui appliqua 50 ventouses sèches sur le devant de la poitrine, et on lui fit des injections sous-cutanés d'éther. Il fut ainsi arraché à une mort imminente. Israël attribue cette crise à la pénétration de l'air dans la veine lésée, et à des embolies gazeuses dans les poumons.

Dans une troisième séance, le kyste fut entamé avec le thermocautère, après section d'une couche de parenchyme hépatique, de 7 centimètres d'épaisseur. Immédiatement après l'évacuation de la vésicule mère, il s'échappa de la bile par l'incision; c'est que des canalicules biliaires érodés communiquaient avec la poche.

Cet écoulement de bile persista pendant plus d'un an : durant les premiers mois, il se chiffra par plus d'un litre dans les vingt-quatre heures. Malgré cela, le poids corporel du patient augmenta de 5 à 6 livres, preuve qu'il est erroné de prétendre que la suppression de tout écoulement de bile dans l'intestin entraîne toujours la cachexie.

La persistance de l'écoulement de bile par la fistule était en rapport avec l'état cirrhotique du foie, et plus encore avec une dégénérescence calcaire des parois du kyste. Pour remédier à cette dernière, Israël fit tour à tour des applications d'acide lactique (solution concentrée), des badigeonnages à l'acide nitrique fumant, des cautérisations avec le galvanocautère, des injections d'eau bouillante. tout cela sans succès. Puis il introduisit un drain en caoutchouc, dont le bout extérieur fut muni d'une pince oblitératrice. L'écoulement de bile diminua peu à peu. L'introduction à travers le drain de fragments de nitrate d'argent fondu amena finalement l'oblitération de la fistule. Puis la fistule se rouvrit. L'oblitération définitive fut obtenue à la suite d'injections de teinture d'iode continuées pendant dix semaines.

Suivent les conclusions que l'auteur a cru devoir tirer de ce fait.

VII. — Les expériences faites par R. Schwarz, sur des chiens et des veaux, ont amené l'auteur à conclure que :

1° Dans la bile normale, extraite de la vésicule biliaire d'un chien ou d'un veau, il ne se développe jamais de schizomycètes.

2° Quand la bile s'épanche dans la cavité péritonéale, elle ne produit aucun effet toxique et encore beaucoup moins des effets d'irritation.

3° Sans tenir compte de ce fait que les plaies du foie guérissent très rapidement par suite d'adhérences contractées avec l'épiploon et par suite de la formation d'un caillot de sang, il n'y a pas à se soucier, à propos de ces plaies, d'un épanchement éventuel de bile dans le péritoine, à cause de la formation préalable d'adhérences; c'est pourquoi la résection partielle du foie ne réclame pas de précautions spéciales.

4° Les plaies de la vésicule biliaire se rétrécissent rapidement, même après résection de fragments de la paroi de cet organe.

5° Les sutures appliquées sur ces plaies hâtent la cicatrisation de celles-ci.

En somme, ces résultats expérimentaux ne sont pas en parfaite concordance avec les données de l'observation clinique, qui ont incité certains chirurgiens (voir plus haut) à repousser la cholécystotomie idéale, en raison des dangers que peut faire courir au patient un épanchement de bile dans la cavité abdominale.

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

*Hunter Mackenzie* (d'Edimbourg). — LE CRACHAT, dans ses rapports avec les maladies de gorge et de poumons, traduit de l'anglais, par le Dr LÉON PETIT, avec une préface du professeur GRANCHER, 1 vol, in-18° avec 24 planches. — O. Doin, 1888.

L'étude des symptômes isolés dans le cours des maladies, leur importance pronostique, leur valeur diagnostique, n'ont plus l'intérêt qu'on leur avait prêté à une autre époque et comme le fait remarquer M. le professeur Grancher dans sa préface, le crachat qui avait été étudié dans toutes ses formes et dans tous ses aspects à une période clinique, n'avait pas acquis une importance plus grande en séméiologie du fait de l'application de l'histologie à la médecine. Mais la découverte des microorganismes dans les crachats, et en particulier celle du bacille de Koch, devait attirer de nouveau l'attention sur les produits de l'expectoration. Le livre de M. Mackenzie n'a pas pour but de remettre au premier rang, comme valeur séméiologique, l'étude des crachats, il est le résumé simple et clair de la pratique de nos voisins en ce qui concerne l'examen de ceux-ci.

Dans le premier chapitre l'auteur étudie rapidement les caractères des crachats dans les maladies non infectieuses des poumons : Bronchite, dilatation des bronches, bronchite fétide, bronchite croupale, asthme, gangrène pulmonaire, abcès du

poumon et pleurésie purulente. Rien de particulier à signaler dans cet exposé. Mais avec le chapitre II, nous entrons dans les affections parasitaires du poumon, et au premier rang de celle-ci, la pneumonie. Nous savons qu'il existe un microorganisme de la pneumonie, microorganisme que l'on peut rencontrer dans les crachats. M. Mackenzie nous parle dans son livre du microbe de Friedländer, qu'on peut rencontrer également, dit-il, en dehors des cas de pneumonie les plus avérés, et par conséquent il arrive à conclure que les caractères « cliniques » du crachat sont plus importants que les caractères « histologiques ». Il serait bon, je crois, de rappeler qu'il y a eu depuis longtemps hésitation au sujet du microorganisme de la pneumonie, que, en même temps que Friedlander et Talamon, Frœnkel signalait un autre pneumocoque, regardé depuis les belles recherches de Netter, comme le véritable agent pathogène de la pneumonie fibrineuse franche, et que si, à un moment, on avait admis deux pneumocoques, ou s'est à peu près aujourd'hui unanimement rangé à n'admettre que celui de Frœnkel. Mais ces réserves faites, on ne peut que souscrire à la conclusion de M. Hunter Mackenzie quant à la valeur clinique des crachats pneumoniques qui sont bien véritablement caractéristiques de la maladie.

Mais nous arrivons à la partie capitale, en somme, de l'examen microscopique des crachats, c'est-à-dire aux crachats de la phthisie. Non pas que cet examen suffise à lui seul au diagnostic de tuberculose pulmonaire. M. Grancher a montré depuis longtemps dans quelles erreurs regrettables on tomberait, en négligeant l'auscultation et en demandant au microscope seul les renseignements qui peuvent manquer alors que celle-là donne des résultats manifestes. Néanmoins on sait maintenant que la recherche du bacille tuberculeux rend tous les jours de signalés services dans les cas douteux.

Au début, l'auteur semble attacher une certaine importance à une expectoration mucilagineuse, adhérente au fond du vase, et striée de pus : mais ce qu'il importe de mettre en relief c'est que dans la phthisie, les crachats dépendent *« du « degré d'irritation de la muqueuse des bronches, de celle des « bronchioles ; de la rapidité avec laquelle les cavernes se sont « formées, de leur étendue, de leur situation et de la nature « de leurs communications avec les bronches »*.

*Les éléments cellulaires* des crachats n'apportent ici rien de particulier, sauf si les cellules pulmonaires sont en grand nombre, ainsi que l'a fait remarquer G. Sée; dès le début elles ont une véritable valeur. Parmi les cristaux, ceux de phosphate et de chlorure sont fréquents.

Quant aux fibres élastiques, on sait la valeur qu'on y attache depuis longtemps, or elles peuvent venir de l'arbre bronchopulmonaire ou du larynx. Dans le cas d'origine pulmonaire, les fibres élastiques ont une disposition alvéolaire très nette qui n'existe que dans les fibres élastiques d'origine bronchique. Celles du larynx sont disposées sous forme de filaments entrelacées ou d'écheveaux enroulés. Donc, leur présence dans les crachats n'a pas la valeur absolue qu'on leur a attribuée, elle indique seulement *« une ulcération de l'arbre respiratoire en voie de progression »*.

Bien plus, *« même quand elles affectent la forme alvéolaire elles ne prouvent pas l'existence d'une tuberculose pulmonaire »*. Elles peuvent exister dans la bronchite chronique, dans la dilatation des bronches, dans la pneumonie chronique, les abcès du poumon et certaines formes de laryngite, pouvant être d'origine inflammatoire, tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique.

La présence du bacille tuberculeux dans les crachats devient dès lors le seul critérium. C'est surtout dans les portions purulentes et dans le dépôt du fond du vase qu'on la rencontre. Mais on ne doit pas oublier que le bacille tuberculeux n'a de valeur que comme *présence* ; et qu'on ne saurait rien conclure de son absence dans le liquide où on le cherche. Ainsi que le fait remarquer le traducteur, des pleurésies qu'on croyait simples parce qu'on ne trouvait pas de bacilles dans l'exsudat, ont donné des résultats positifs par l'inoculation. C'est que la méthode de coloration n'est pas parfaite; et déjà au Congrès de Copenhague, M. *Grancher* montrait que si l'on dilue une culture de bacilles dans une trop grande quantité d'eau, on ne peut plus les déceler par les procédés de coloration ordinaires. C'est ici qu'intervient alors : l'*inoculation, la culture*, et si l'on peut conclure avec M. Mackenzie que dans *toute maladie pulmonaire non tuberculeuse l'expectoration ne contient jamais de bacilles*, on ne saurait sans erreur grave retourner la proposition.

Nous ne pouvons, sans entrer dans de longs détails critiques, suivre l'auteur quand il cherche à établir les rapports qui peuvent exister entre la présence des bacilles dans l'expectoration et *la fièvre ou l'amaigrissement*. Bien plus important au point de vue du traitement est la question de savoir si la présence des bacilles dans les crachats est un phénomène précoce. Quoi qu'on en ait dit, *le bacille, produit d'élimination*, ne se rencontre guère, que lorsqu'il y a déjà élimination de parenchyme pulmonaire. La preuve en est dans son extrême rareté, lorsqu'il s'agit de phthisie aiguë; ce n'est donc pas un signe de début, ce qui ne veut pas dire que ce soit un signe fatal. Il y a ici à tenir compte *du terrain*, et c'est alors que l'examen clinique, l'étude des phénomènes locaux et généraux acquièrent bien plus d'importance. Que si néanmoins, ainsi que le fait remarquer l'auteur anglais, les bacilles restent *nombreux et permanents*, il y a de ce chef un avertissement, une menace mais rien de plus. Le nombre des bacilles varie d'ailleurs chez un même individu d'un crachat à l'autre. En résumé, la découverte des bacilles fournit une base sérieuse au *diagnostic*, mais ne renseigne en aucune façon *le pronostic*.

Une fois la maladie confirmée, les cavernes produites, il est de règle de voir les bacilles diminuer. Dans les formes galopantes on trouve souvent des crachats muqueux renfermant de grandes quantités de bacilles. Dans les formes suraiguës nous avons vu que ceux-ci étaient rares.

Après cet important chapitre sur la tuberculose et sur la valeur diagnostique que comporte la présence des bacilles dans les crachats, M. Mackenzie passe rapidement en revue les concrétions que l'on trouve parfois dans les crachats, véritables calculs formés dans les glandes bronchiques; puis les corps étrangers, etc. et nous arrivons à l'étude du crachat dans les maladies du nez, du pharynx, de la bouche et du larynx.

A ce point de vue, l'examen des crachats au microscope est surtout important pour distinguer les néoplasmes bénins des tumeurs malignes, et en particulier les affections tuberculeuses et syphilitiques. Cependant M. Mackenzie n'a jamais pu rencontrer de bacilles dans les produits de l'expectoration chez les malades atteints de laryngite suspecte, si les poumons ne sont pas pris en même temps, sauf dans les cas de phthisie laryngée à marche aiguë où ces bacilles sont parfois très abondants.

Dans le cancer du larynx, les crachats renferment assez souvent des fragments de la tumeur, qu'on peut examiner et reconnaître au microscope : ce fait est d'autant plus important en pratique qu'on a vu la tuberculose pulmonaire coïncider avec le cancer du pharynx. Il y a de ce chef un élément de diagnostic de la plus haute importance.

Quant à la syphilis du larynx, les crachats peuvent à la vérité contenir des fragments de tissu ou de cartilage, mais l'intérêt gît en ce que *la syphilis et la tuberculose s'allieraient souvent dans le larynx*, coïncidence à ne pas perdre de vue.

Le livre se termine par un chapitre des plus intéressants sur les indications thérapeutiques fournies par les crachats. Les vaporisations chaudes ou froides, l'emploi des alcalins etc., y sont l'objet de remarques intéressantes. Mais le point qu'il faut surtout mettre en relief, ce sont les lignes consacrées au traitement de la tuberculose, pour lesquelles le régime climatérique et diététique est surtout recommandé. De l'air pur, abondant et sec, une hygiène convenable, tels sont les moyens thérapeutiques et sur lesquels on est surtout en droit de compter. Les applications topiques, les inhalations antiseptiques n'ont pas donné les résultats qu'on cherchait. Non plus les médicaments destinés à atteindre les bacilles s'adressant à l'état général. Et bien que ces conclusions ne doivent par décourager ceux qui cherchent dans cette voie, on peut cependant avancer avec l'auteur anglais, que dans l'état actuel des choses, il n'y a encore qu'un traitement hygiénique diététique et climatérique bien compris qui puisse enrayer la maladie tuberculeux à son début.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur la destruction des crachats tuberculeux, source de contagion, et par un autre sur les méthodes de coloration des bacilles. Le tout est accompagné de planches coloriées, dont quelques-unes sont des plus intéressantes et des plus instructives.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par M. Espina y Capo. — Doin 1888.

Il est du plus haut intérêt d'établir le plus rapidement possible le diagnostic de la tuberculose, parce que c'est à cette période du début que le traitement a son action le plus efficace et qu'on est en droit d'espérer des guérisons. A ce titre, le travail de M. Espina y Capo est des plus instructifs.

Les données étiologiques, on le sait, maintenant que l'hérédité et la contagion de la tuberculose ne sont plus en discussion, ont une importance considérable comme premier élément de diagnostic. Nous n'y insistons que pour mémoire.

A côté des données fournies par l'étiologie, M. Espina y Capo passe en revue un ensemble de signes qui peuvent de propos délibéré faire rechercher et trouver la tuberculose commençante.

Tout périmètre de la cage thoracique qui n'atteint pas la moitié de la taille de l'individu doit faire soupçonner la maladie : le grand enfoncement des fosses claviculaires, certain prolongement du diamètre antéropostérieur du thorax, la grande décussation des espaces intercostaux et l'accentuation du triangle trapézo-claviculaire, sont également des signes d'une respiration défectueuse du sommet du poumon.

A ce moment il n'y a pas encore de toux : mais la moindre cause provocatrice détermine une toux quinteuse et fatigante, gutturale, avec sensation d'âpreté, si c'est le larynx qui est pris d'abord, et le laryngoscope permet d'apercevoir sur une muqueuse pâle, des ecchymoses, des éminences granuliformes. Si c'est le poumon qui est atteint, la *toux se produit par quintes sèches et avec une expectoration peu abondante, séro-muqueuse.* Cette toux est intermittente et coïncide avec le développement de chaque germe tuberculeux. A côté de ces signes se montre une *dyspnée d'effort*, qui disparaît par le repos. Une autre forme de dyspnée *est la migraine à forme oppressive.* Des modifications vasomotrices se manifestent dans certaines circonstances sur les joues, sous forme de *plaques rouges* transitoires.

Déjà à cette époque la percussion montre une *tonalité plus aiguë* qu'à l'état normal, et l'auscultation montre une *respiration rude*, difficile, avec une *expiration active*, en même temps que se montre concurremment aux dyspnées déjà signalées, une *accélération permanente du rythme* respiratoire.

Puis viennent les indices d'un trouble de la santé générale, les troubles menstruels chez la femme, et les dyspepsies dont l'un des caractères fondamentaux est le manque d'appétit et un goût particulier pour les aliments à température basse.

Si nous joignons à ces signes, l'hémoptysie, l'examen du pouls et de la température, nous aurons un faisceau de probabilités suffisant pour avoir un diagnostic, et surtout pour formuler un traitement énergique, à une période où la tuberculose pulmonaire est certainement curable ; période, qui, dans l'esprit de l'auteur, précède la période catarrhale avec expectoration, phase qui est regardée comme la première par les auteurs. A ce point de vue le travail de M. Espina y Capo est du plus haut intérêt pour le médecin et j'ajouterai certainement pour le malade, surtout à une époque où la médecine tend à devenir plus tard une science de prophylaxie.

* * *

REVUE DES THÈSES.

Amputations congénitales et aïnhum par J. Rouget. (Thèse de doctorat, Paris, 1889). — Jonve.

On sait que la description de l'aïnhum ne remonte qu'à l'année 1867, époque à laquelle M. de Sylva Linia, de Bahia, l'a découvert pour la première fois. Depuis, la question de nature a été soulevée, et on a rapproché cette maladie des amputations congénitales et de la sclérodermie. *M. Rouget* dans son travail tend à rompre cette analogie et à faire de chacune de ces affections une maladie spéciale.

L'aïnhum ne s'attaque qu'à la race nègre, son étiologie est inconnue ; elle n'est pas congénitale, et n'apparaît qu'après la puberté et souvent dans la vieillesse ; elle s'établit sans douleur, sans inflammation. Le sillon qui occupe le pli digitoplantaire, est lisse, quelquefois recouvert d'écailles épidermiques, rarement ulcéré, etc. La sensibilité des parties malades est intacte. Les lésions sont le plus souvent doubles et symétriques. La lésion consiste dans le développement dans le derme d'un trousseau fibreux qui va en se rétractant. Les orteils seuls, surtout le cinquième, sont atteints.

Les amputations congénitales ont des caractères différents : elles se forment avant la naissance, elles ne sont localisent pas leur siège, de plus il y a syndactylie spéciale. La fusion phalangienne existe à la partie moyenne de la phalange, mais non à la base où on peut introduire un stylet par un pertuis qui y persiste. Il y a coïncidence de pieds bots de spina-bifida, d'hydrocéphalie, de mal perforant. De plus elles ont une tendance à rester stationnaire tandis que l'aïnhum est progressif.

M. Gordon-Martins. — Des formes atténuées de la fièvre typhoïde. — (Thèse de doctorat de Paris, 1889.) Steinheil.

Description clinique de la forme abortive, de la forme ambulatoire et de la forme bénigne proprement dite.

Dr H. B.

## BULLETIN

Endométrite et curettage. — Antisepsie des voies urinaires. — Création d'hopitaux spéciaux pour les phthisiques.

Dans notre précédent bulletin, nous avons pris texte d'une communication de M. Bouilly pour affirmer l'incontestable supériorité du curettage comme méthode de traitement de l'endométrite. Cette question a été reprise depuis par la Société de chirurgie. Loin de contredire notre affirmation, les statistiques et les faits rapportés semblent au contraire lui donner un appui nouveau et peut-être décisif. Car nous ne pouvons interpréter différemment l'opinion de chirurgiens expérimentés comme MM. Trélat, Richelot, Terrillon, Lucas-Championnière, qui sont tous d'accord pour réclamer l'utilité du curettage, ne différant pour le reste que sur des particularités de détails relatives, soit au mode de pansement, soit au meilleur moyen à employer pour amener la dilatation préalable de la cavité utérine. La statistique de M. Trélat est extrêmement importante dans l'espèce. Elle ne comprend pas moins de 203 opérations que notre maître a pratiqué dans son service pendant la période relativement courte de 3 années. Pas plus que M. Bouilly, M. Trélat n'a observé d'accidents graves ou imputables à l'opération elle-même. Pour rendre celle-ci parfaitement inoffensive, il a suffi que l'antisepsie utéro-vaginale fût observée avec rigueur. Avec un nombre de cas plus restreint, ses collègues ont été proportionnellement aussi heureux. Tous affirment avoir retiré de bons effets de cette abrasion partielle ou totale de la muqueuse utérine qui està proprement parler le but du curettage. Ces effets ont même pu se faire sentir à distance, sur les annexes, dont la participation à la maladie utérine est plus fréquente qu'on ne pense. M. Trélat a cité deux faits très probants à ce dernier point de vue.

Il est clair que le traitement médical, avec ses timidités et ses lenteurs, ne saurait se mesurer avec un procédé d'une action à la fois aussi rapide, aussi sûre et aussi brillante. Seule, la cautérisation au chlorure de zinc, préconisée et vulgarisée par M. Dumontpallier, pourrait soutenir la comparaison : car cette méthode a le mérite d'exclure toute manœuvre traumatique, accompagnement obligé du curettage, et d'autre part elle peut se réclamer tout aussi légitimement du bénéfice de l'antisepsie. Sans vouloir prendre position entre ces deux méthodes, nous avouons pourtant notre faible pour celle des cautérisations qui joint à une efficacité incontestable, une innocuité presque absolue et qui, d'autre part, a l'avantage de ne pas nécessiter un outillage particulier, plus ou moins compliqué. C'est reconnaître implicitement qu'elle est destinée à devenir la méthode de choix pour les médecins, le procédé du curettage devant être réservé à la main exercée du chirurgien.

— Une des questions des plus difficiles de la thérapeutique est celle qui se rapporte au choix des moyens propres à assurer l'antisepsie des voies urinaires. En dépit du nombre considérable et chaque jour croissant des médicaments réputés aptes à remplir ce but, il faut constater que les résultats sont trop souvent incomplets, sinon même tout à fait nuls. Dans certains cas, plus fréquents que l'on ne pense, la désinfection de l'urèthre, de la vessie et des reins reste une illusion impossible à réaliser par les procédés ordinaires de lavage et d'injection : les fermentations anormales continuent à s'y faire avec activité, préparant l'éclosion d'accidents graves dont l'éventualité rend le pronostic extrêmement aléatoire. De là l'opportunité de chercher à produire par une autre voie cette antisepsie que l'insuffisance des moyens directs ne permet pas d'assurer complètement.

Cette dernière préoccupation explique les efforts tentés récemment par plusieurs chirurgiens dans le but de trouver une substance qui, éliminée par l'émonctoire rénal, fût capable de réaliser ainsi pour les voies urinaires supérieures une antisepsie avantageuse et continue. Notre regretté collègue F. Dreyfous avait déjà signalé à cet égard les remarquables propriétés du salol. Il avait montré le parti que l'on peut en tirer pour combattre l'infection secondaire du rein des uretères et de la vessie, attribuant cette action spéciale au dédoublement du salol en acide salicylique et en acide phénique, durant son passage dans la circulation. L'expérience a justifié les affirmations cliniques de M. F. Dreyfous. Actuellement nous voyons le salol prescrit journellement dans plusieurs services de chirurgie où l'on attache à la réalisation de l'antisepsie interne l'importance qu'il convient.

Dans le même ordre d'idées, mais avec moins de puissance, l'acide borique et le biborate de soude ont semblé rendre quelques services; ce sont toutefois des médicaments inférieurs au salol qui, à ses propriétés antifermentescibles, joint l'avantage précieux d'être facilement toléré par les malades, même à doses relativement élevées.

— Dans ces derniers temps, on a soulevé à plusieurs reprises la question de la création d'hôpitaux spéciaux pour l'isolement et le traitement des tuberculeux. Pareille question a certainement sa raison d'être, en présence des découvertes microbiennes récentes, et surtout depuis que Koch a donné la preuve de la nature parasitaire de la tuberculose : car cette notion nouvelle de la maladie entraîne forcément la notion de contagiosité et, celle-ci implique à son tour, comme conséquence logique, la nécessité de l'isolement pour ceux que la maladie a frappés. En Allemagne, où la doctrine microbienne domine toute la pathologie et où la contagion de la phthisie semblait être un article de foi, les médecins n'ont pu encore se mettre d'accord sur ce sujet. Nous trouvons la preuve de cette divergence de vues dans les compte rendus de la Société de médecine interne de Berlin. Tandis qu'un membre de cette Société soutient l'utilité de la création d'hôpitaux spéciaux pour les phthisiques, comme le seul moyen de circonscrire les ravages du mal, plusieurs de ses confrères s'élèvent contre cette opinion, en faisant valoir, parmi d'autres arguments, celui tiré de la rareté des cas intérieurs dans les hôpitaux ordinaires et pareillement celui tiré de la rareté de la contamination dans les familles, dont l'un des membres est phthisique. Ces deux arguments, qui ne tendent rien moins qu'à remettre en cause la question de la contagiosité de la phthisie, ne sont pas les seuls dont on puisse tirer parti pour combattre l'utilité de l'isolement. Il en est d'autres, d'une importance plus accessoire peut-être, mais néanmoins très valables, qui s'opposent également à la réalisation d'une pareille idée : par exemple, les frais excessifs nécessités par ces installations nouvelles, la répugnance extrême des malades à entrer dans des établissements dont ils connaîtraient à l'avance la destination, et dont le nom seul serait à leurs yeux synonyme d'incurabilité. Toutes ces considérations d'ordre pratique font que nous attendrons encore longtemps la réalisation du vœu de l'isolement, et que les phthisiques continueront, comme par le passé, à encombrer les salles des maisons hospitalières.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Les services d'assistance gratuite. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, qui vient de se réunir, a donné son approbation à un projet de loi sur l'assistance médicale gratuite, qui comprend 37 articles répartis en 6 titres.

L'article premier dit :

Tout Français indigent malade reçoit gratuitement de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un hôpital.

La commune ou le département peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, notamment contre les membres de la famille de l'indigent désignés par les art. 205, 206, 207 et 208 du Code civil.

L'assistance médicale spécifiée dans cet article est assurée par un « service d'assistance gratuite » comprenant un dispensaire pour les consultations externes rattaché à une infirmerie et à un hôpital général. Ce service est organisé dans chaque commune ou syndicat de commune.

Les personnes qui ont droit à cette assistance gratuite sont les indigents qui ont leur domicile de secours dans la commune où ils se trouvent. Ce domicile de secours est acquis par filiation, mariage ou par une résidence habituelle de deux ans consécutifs postérieurs à la majorité et à l'émancipation. Il est *communal*, et par conséquent, les communes devront assurer l'assistance médicale non seulement aux indigents « domiciliés », mais aussi à ceux qui tomberaient malades ou seraient victimes d'un accident. Toutefois, quand le traitement de ces derniers dépasse cinq jours, la commune peut exercer son recours contre la commune ou le syndicat de communes dont le malade ferait partie.

Le projet de loi ratifié par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, stipule que l'on dressera une liste nominative des personnes qui sont en droit de réclamer l'assistance. Cette liste, arrêtée par les conseils municipaux, pourra être modifiée sur les réclamations des contribuables qui conservent le droit de demander des radiations ou des inscriptions. Les modifications ne pourront jamais être faites par des membres de la famille des assistés.

Les réclamations sont examinées souverainement après avis du maire par une commission cantonale composée du sous-préfet ou de son délégué, du conseiller général ou du conseiller d'arrondissement et du juge de paix. A défaut d'assistance communale, les soins que peut exiger un malade indigent sont assurés par une assistance départementale que règle également le projet de loi.

— Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est ouvert, comme nous l'avons dit, vendredi 28 février. La question de la composition écrite est la suivante.

De l'albuminurie scarlatineuse. — Les autres questions restées dans l'urne étaient :

1° De l'angine diphthérique ;

2° Entérite tuberculeuse.

Les lectures ont commencé samedi dernier à la Charité, et par une heureuse innovation de la part du Jury, elles ont eu lieu le soir à 8 h. 1/4. Les séances ont lieu les lundi, mercredi, vendredi et probablement qu'il y aura séance de lecture le dimanche matin.

— Voici dans quel ordre se feront les lectures : MM. les Drs Gaucher, Duflocq, Béclère, Blocq, Gilles de la Tourette, Thibierge, Bruchet, Ribail, Launois.

10 — Martin de Gimard, Belin, de Gennes, Lermoyez, Marfan, Roger, Galliard, Mathieu, Ménétrier, Barbe.

20. — Lesage, Charrin, Florand, Ponpon, Liandier, Jeanselme, Babinsky, Achard, Martha, Dupleix.

30. — Cayla, Baudouin, Thoinot, Despréaux, Deschamps, Morel-Lavallée, Capitan, Polguières, Widal, Legendre.

40. — Bourcy, Bourdel, Delpench, Durand-Fardel, Œttinger, Gallois, Barbier, Darier, Grattery, Berbez.

50. — Lebreton, Girandeau, Richardière, Havage, Robert, Dalché, Siredey, Guinon G., Guinon L., Dubief.

60. — Méry, Wurtz.

— Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a entendu, dans sa séance du 20 janvier dernier, un rapport de M. Alexandre, concluant à la création d'un laboratoire départemental des recherches sur les maladies contagieuses des animaux.

Au nom de l'administration préfectorale, M. Lépine a annoncé qu'à la prochaine réunion du Conseil général, une demande de crédit serait introduite dans ce but.

— Il paraîtrait que, contrairement à certaines informations parvenues au Conseil sanitaire de Constantinople, le choléra n'en continue pas moins ses ravages en Perse, quoique avec une intensité moindre qu'au début. Ce bruit est confirmé par une note du gouvernement russe, parue dans le *Messager officiel de l'Empire* du 11/24 février 1890.

Les autorités russes refuseront cette année, dans un but de prophylaxie, les passeports pour l'étranger aux mahométans russes qui vont en pélerinage en Turquie et en Perse.

Assistance publique. — *Ambulances urbaines.* — Le Conseil municipal a voté l'envoi à l'administration d'un projet d'établissement d'une ambulance urbaine, à l'hôpital Beaujon.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr Rondeau est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physiologie.

*Académie de médecine.* — Commissions de prix pour 1890 :

Prix de l'Académie : MM. Hardy, Vidal et Besnier.
Prix Alvarenga : MM. Javal, Laboulbène et Sée (Marc).
Prix Amussat : MM. Guérin, Cusco et Rochard.
Prix Barbier : MM. Empis, Leblanc et Le Roy de Méricourt.
Prix Buignet : MM. Gautier, Gariel et d'Arsonval.
Prix Capuron : MM. Tarnier, Fournier et Budin.
Prix Civrieux : MM. Villemin, Jaccoud et Peter.
Prix Daudet : MM. Sée (Germain), Bouchard et Guéniot.
Prix Desportes : MM. Moutard-Martin, C. Paul et Dujardin-Beaumetz
Prix Falret : MM. Charcot, Ball et Blanche.
Prix Godard : MM. Ranvier, Ollivier et Lancereaux.
Prix Herpin : MM. Larrey, Verneuil et Trélat.
Prix Laborie : MM. Le Fort (Léon), Labbé et Lannelongue.
Prix Laval : MM. Brouardel, Regnauld et Tillaux.
Prix Lefèvre : MM. Luys, Potain et Mesnet.
Prix Meynot : MM. Panas, Richet et Le Dentu.
Prix Monbinne : MM. Nocard, Polaillon et Worms.
Prix Orfila : MM. Colin (Léon), Proust et Cornil.
Prix Perron : MM. Féréol, Duval et Hérard.
Prix Portal : MM. Duplay, Guyon et Bucquoy.
Prix Pourat : MM. Marey, Laborde et Bayem.

Prix Saint-Paul : MM. Sappey, Bourdon et Magitot.
Prix Stanski : MM. Trasbot, Siredey et Robin.
Prix Vernois : MM. Goubaux, François Franck et Lagneau.

*
* *

— Mardi prochain, l'Académie de médecine procédera à l'élection d'un associé libre en remplacement de M. Chevreul. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

MM. Lereboullet, Emile Rivière, Michon, Corlieu, Blache et Galezowski.

*
* *

— L'Académie, dans sa séance du 4 mars, a classé dans l'ordre suivant les candidats au titre de correspondant national 1re division :

1re ligne : M. Henrot (de Reims).
2e ligne : M. Villard (de Marseille).
3e ligne : M. Lacassagne (de Lyon).
4e ligne *ex æquo* : MM. Gros (d'Alger), Niepce (d'Allevard), Trastour (de Nantes).

Sont élus : MM. Henrot par 55 voix sur 61, et Villard par 41 sur 62.

*
* *

— *Prix de l'hygiène de l'Enfance*, 1000 francs. — Question posée pour 1891.

*Déterminer quels sont dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge; la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli.*

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1891, terme de rigueur.

*École de médecine de Toulouse.* — Par arrêté en date du 28 février, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1890 devant la faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, à l'école de médecine de Toulouse. Le registre d'inscriptions sera clos un mois, avant l'ouverture dudit concours.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 FÉVRIER AU 1er MARS 1890.

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 4. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 248. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses, 57. — Autres, 5. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 67. — Bronchite aiguë, 47. — Bronchite chronique, 57. — Broncho-pneumonie, 51. — Pneumonie, 103. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. — Biberon 32. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 32. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 205. — Causes inconnues, 16. — Total : 1214.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## MALADIES SYPHILITIQUES

TUMEUR SYPHILITIQUE DES MUSCLES DE LA PARTIE SUPÉRIEURE ET EXTERNE DU MOLLET. — GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE (1).

par A. LE DENTU.
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'observation qui suit est des plus instructives. Elle démontre l'existence d'une forme de syphilome trop peu connue des cliniciens, la forme en *tumeur*, très différente de la forme par *infiltration*, qui se présente plus souvent et que, pour mon compte, j'ai observée plusieurs fois.

Le sujet de cette observation est un confrère âgé d'une quarantaine d'années à peine. Je vais rapporter chronologiquement les divers incidents de son histoire pathologique, mais ce fut seulement au mois de mai 1881 que je fus consulté par lui, pour la tumeur qui s'était développée à sa jambe droite.

En octobre 1880, le Dr X... se fait une piqûre à la face palmaire de l'index de la main droite. Une couche de collodion est appliquée sur cette piqûre, et quelques minutes après notre confrère touche une femme dont il ne croit pas avoir à se méfier, car elle ne présente aucune apparence de syphilis. Cette femme était enceinte. Peu d'heures après ce toucher, le Dr X... voit se développer sur son avant-bras, puis sur son bras des traînées de lymphangite qui abontissent dans l'aisselle à un ganglion douloureux. L'adénophlegmon suppuré qui se forme est incisé huit ou dix jours après par un médecin, ami du malade.

Ultérieurement, le pus ne s'écoule pas très bien ; il en résulte une fistule sans tendance à la cicatrisation et des accès de fièvre à retour fréquent.

Appelé par mon confrère, je lui fais le 24 décembre 1880, des débridements multiples et j'institue un drainage méthodique an moyen d'un tube unique, le tout sous le chloroforme. Quelques jours après l'opération se produisent des phénomènes bizarres, difficiles à expliquer autrement que par l'inflammation du plexus nerveux axillaire. Le membre supérieur droit est frappé de paralysie très accentuée et bientôt des symptômes du même genre se déclarent dans le membre opposé, mais à un degré faible. Ces phénomènes se prolongent jusqu'en février 1881, mais déjà, depuis le 15 janvier, la cicatrisation du foyer était parfaite. Le malade ne recouvre franchement les fonctions sensitives et motrices de ses deux bras que vers la fin de mai. Convalescence lente, séjour à la campagne.

Environ deux ans plus tard, vers le mois de janvier 1883, il se déclare un strabisme interne de l'œil gauche ; le moteur oculaire externe est frappé de paralysie. Le Dr Parinaud consulté alors, n'hésite pas à diagnostiquer une paralysie syphilitique, ainsi que le Dr Galezowski, quoique le malade ne puisse trouver dans son passé des antécédents syphilitiques quelconques. Le traitement à l'iodure de potassium conseillé ne fut guère suivi et le strabisme persista.

Ce fut, paraît-il, vers la même époque que le Dr X... constata

(1) Communication au congrès de dermatologie et de syphiligraphie de 1889.

## FEUILLETON

### FEUILLES VOLANTES

5 mars 1890.

Les épidémies de l'année 1889. — La pandémie de Grippe. — L'influenza dans les siècles précédents. — La physiologie expérimentale et la fontaine de Jouvence. — Réclame commerciale. — Mort de Quesneville, de Gendrin, de Damaschino, etc.

Dans un journal italien (1), je trouve l'énumération des plus importantes épidémies qui ont sévi sur notre globe durant le cours de l'an de grâce et d'Exposition universelle de 1889. Et ce tableau en raccourci donne le frisson. Voyez plutôt :

1° La *peste*, qui a régné en Arabie ;

2° La *fièvre jaune*, qui dans le mois de janvier tua 347 personnes dans la seule ville de Rio-Janeiro, chiffre qui a augmenté tous les mois outre mesure jusqu'à la fin d'avril ;

3° Le *choléra*, qui a sévi d'abord aux îles Philippines, puis en janvier à Madras et dans toute l'Inde anglaise, et qui dans l'été a gagné la Mésopotamie, d'où il menace l'Europe ;

4° La *dysenterie*, qui a sévi en Gallicie avec une telle gravité qu'on a constaté une moyenne de 95 décès pour 1000 habitants ;

5° La *variole* qui a frappé surtout diverses régions de l'Égypte, et la Sardaigne ;

6° La *fièvre typhoïde* dont on a signalé, à Bâle, 162 cas du 2 au 15 juin ;

7° La *fièvre puerpérale* qui s'est déclarée à la Clinique obstétricale de Vienne et a causé 30 morts ;

8° Enfin le *béribéri* qui est apparu avec une intensité extraordinaire au Brésil, puisqu'à Rio-Janeiro dans le seul mois de mai il a donné la mort à 111 personnes.

Et la liste n'était pas encore complète, une épidémie de grippe, l'*influenza* nous était réservée, qui a pris en si peu de temps, si rapidement, les proportions d'une véritable pandémie.

*
* *

Que de flots d'encre n'a-t-elle pas fait répandre, par ce temps de journalisme à outrance, cette épidémie qui au moyen âge a dû

(1) Gazzetta medica Lombarda du 11 janvier.

aux environs de la tête de son péroné droit une petite tumeur ayant le volume d'une noisette, très mobile sous la peau. Elle s'était développée précisément à la place où, pendant la guerre, une balle avait produit une plaie contuse, sans pénétrer profondément dans les tissus. Cette tumeur se développa lentement et mit deux ans à atteindre les dimensions qui seront rapportées à l'instant. Complètement indolore, elle avait *la forme d'un œuf*, elle avait perdu toute mobilité et envoyait des prolongements vers l'espace interosseux et dans l'épaisseur des muscles péroniers latéraux.

Les choses en étaient à ce point vers le milieu de l'hiver de 1884 à 1885. Alors se montrèrent un œdème prononcé de la jambe et des phénomènes inflammatoires légers, apyrétiques, ayant de l'analogie avec de la lymphangite réticulaire.

Un de mes confrères des hôpitaux, agrégé de la Faculté, diagnostiqua alors un *sarcome* de la tête du péroné et conclut à la nécessité d'une opération immédiate qui devait peut être conduire à l'amputation de la cuisse, étant données les connexions profondes de la tumeur. Deux professeurs se prononcèrent, l'un pour un *sarcome fuso-cellulaire*, développé dans le tissu fibreux d'insertion des muscles péroniers et infiltré dans ces derniers, l'autre pour un *fibrome* probablement en connexion avec le péroné. Ils conseillèrent tous deux l'extirpation de la tumeur par énucléation, si c'était un fibrome, par section en plein tissu musculaire, au de-là des limites apparentes, si c'était un sarcome, et la rugination du péroné pour finir. La résection du nerf sciatique poplité externe englobé dans la masse, devenait une nécessité à peu près inéluctable et la paralysie des extenseurs du pied une bien triste conséquence de l'intervention.

C'est alors que je vis notre confrère. Il ne me cacha rien des diagnostics portés jusque-là et ajouta qu'il avait déjà pris des dispositions pour la cession de sa clientèle, cession qui serait sans doute définitive. Je mis d'autant plus de soin à l'examiner que je me demandais si, dans le cas où l'hypothèse *sarcome* serait confirmée par mon examen, il ne faudrait pas songer de suite à l'amputation de la cuisse, pour éviter une récidive peut être inévitable. J'avais sous les yeux une tumeur formée de deux portions confondues profondément, assez distinctes superficiellement, l'une supérieure ovoïforme, l'autre inférieure moins saillante, plus infiltrée; la première occupait le long péronier latéral, la seconde le court péronier latéral. Toutes deux semblaient assez adhérentes profondément, dans la direction de la tête du péroné et du ligament interosseux. Le 19 mai 1885, la bosselure supérieure avait 9 cent. 5 de long, 8 cent. 5 de large, en suivant la surface convexe avec un mètre souple. La circonférence de la jambe était de 33 cent. 75 au niveau de la tumeur la plus élevée, de 34 cent. 5 au niveau de la bosselure inférieure.

Pourquoi ne me suis-je pas senti entraîné, comme mes éminents collègues, vers le diagnostic *fibrome* ou *fibro-sarcome?* Je me rends mieux compte actuellement que je fus guidé par la consistance et les connexions de la tumeur. Tout en étant bien délimitée à sa circonférence, elle se détachait des parties voisines moins nettement que ne l'aurait fait un fibrome. En plus, elle n'offrait ni la résistance élastique de ce dernier, ni la mollesse pseudo-fluctuante du sarcome. Le strabisme me semblait, à moi aussi, très caractéristique. Je ne pouvais donc me décider à conclure ni dans le sens du fibrome, ni dans celui du sarcome. Restait encore l'hypothèse du fibro-lipome, ou encore d'une production syphilitique intra-musculaire. Dans mon hésitation, j'engageai mon confrère à prendre l'avis de M. Fournier.

Ici se place un des incidents les plus intéressants de l'observation. M. Fournier, appelé à se prononcer, avec sa haute compétence, entre les opinions émises, déclara ne pas être certain qu'il s'agît d'un accident syphilitique tertiaire, mais il s'empressa d'ajouter : « Ne vous laissez pas opérer avant d'essayer du traitement spécifique conseillé par M. Le Dentu ». C'étaient des frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Or, il arriva qu'après huit jours de ce traitement, un changement notable s'était déjà produit. Les mensurations le démontrèrent avec une netteté sans réplique. Le 26 mai je constatais :

Longueur de la tumeur supérieure 8 cent. 5.
Largeur — — 7 — 5
Circonférence de la jambe au niveau
de la bosselure supérieure........ 32 cent.
au niveau de la tumeur inférieure. 33 —

Le 9 juin, constatations encore plus évidentes :
Circonférence supérieure.......... 32 cent.
Circonférence inférieure.......... 32 — 65
Longueur de la tumeur supérieure. 7 —
Largeur — — . 5 cent. 65

La question était jugée. Un traitement de deux mois fit entièrement disparaître toute apparence de néoplasme, mais le strabisme résista, il était trop ancien.

Absolument guéri, le docteur, put reprendre ses occupations et X... depuis quatre ans et demi il ne lui est survenu aucun accident nouveau.

---

souvent passer inaperçue ! que de sottises n'a-t-elle pas inspirées ! que de bévues dont elle portera la responsabilité !

Et ce ne sont pas les seuls journalistes plus ou moins incompétents de la grande presse, qui se sont montrés coupables d'ignorance, plusieurs de nos confrères, et non des moins méritants semblaient avoir été comme surpris par cette brusque et si générale invasion d'une maladie qu'il ne leur avait pas été donné d'observer avec de pareils caractères.

Cependant, il n'y avait rien de nouveau sous le soleil. Car des pandémies de ce genre s'étaient produites, et avaient été décrites, non seulement dans les siècles passés, mais jusque dans le siècle actuel.

Aujourd'hui que l'épidémie touche à sa fin, et ne se rappelle plus à nous que par ses conséquences, ses suites ou ses complications qui traînent en longueur, on peut consulter les anciennes relations, relire les classiques. Et l'on reste convaincu de l'utilité qu'a pour le médecin même le plus progressiste, le plus lancé dans le courant de la science de l'avenir, la lecture des anciens auteurs.

***

Que l'on ouvre le petit livre que publia en 1780, un docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, du nom de Saillant, et l'on conviendra facilement que l'épidémie d'hier n'était pas autre que celle qui avait sévi en 1780, en 1737, en 1676, en 1580. Ce livre porte le titre suivant que je reproduis tout au long : « *Tableau historique et raisonné des épidémies catarrhales* (sic), *vulgairement dites la grippe depuis* 1510 *jusques et y compris celle de* 1780, *avec l'indication des traitements curatifs et des moyens propres à s'en préserver.* »

Toutes les formes, rares ou fréquentes, toutes les variétés, toutes les anomalies que l'on a remarquées dans l'épidémie actuelle sont signalées dans ce livre. Épistaxis, otites, ophthalmies, éruptions, les formes nerveuses ou gastro-intestinales, y sont aussi bien notées que la forme vulgaire qui frappe les voies respiratoires.

Un des motifs qui ont dû contribuer à maintenir la confusion, c'est assurément la multiplicité des noms qui ont été donnés à une maladie affectant une marche et revêtant des symptômes fort dissemblables à chaque nouvelle apparition. Mais quand même, c'était bien là le *catarrhe-russe*, le *horion*, la *cocotte*, la *générale*, etc, qui nous est revenue.

En vain a-t-on prononcé le nom de dengue. Si quelques cas pou-

On ne saurait trop mettre en relief un fait aussi probant, aussi intéressant à plus d'un titre On y voit, ce qui n'est que trop fréquent, le début d'une syphilis échappant absolument à celui qui en est atteint, et cette fois, la victime est un médecin. Ma conviction est que l'inoculation s'est faite au moment des accidents du côté de l'aisselle, nés d'une piqûre à l'index. Je ne me rappelle pas cependant avoir constaté à ce moment, aucun accident secondaire.

On voit encore dans ce fait un exemple de *névrite ascendante* avec propagation à la moelle et extension de la paralysie au bras opposé. On y voit surtout la démonstration de l'existence de véritables *tumeurs syphilitiques* des muscles, distinctes par leurs symptômes objectifs des syphilomes infiltrés, tels qu'on les observe dans certains muscles plats (sterno-mastoïdiens, masséters, temporaux).

Si la littérature médicale renferme quelques faits dignes d'être rapprochés de celui-ci, ils sont en réalité très rares. Je ne pouvais trouver une meilleure occasion pour le faire connaître que le Congrès de dermatologie on de syphiligraphie.

## MEDECINE PRATIQUE

### NOTE SUR UNE NOUVELLE MALADIE ORGANIQUE DU COEUR : LA MYOCARDITE SEGMENTAIRE ESSENTIELLE CHRONIQUE (1).

*Suite .*

Par M. le professeur J. Renaut (de Lyon),
Correspondant national.

III

Je viens de mettre en évidence ce qu'on pourrait nommer les quatre signes cardinaux de la myocardite segmentaire essentielle. Quand ils sont réunis chez un même individu et surtout chez un vieillard, on peut diagnostiquer déjà presque à coup sûr la cardiopathie que je décris. La certitude devient complète quand, à ce quadrige de signes physiques, viennent s'ajouter les particularités symptomatiques suivantes :

Contrairement à ce qui se passe dans les maladies organiques du cœur arrivées à la période d'asthénie myocardique et d'arythmie du pouls, la *tuméfaction du foie* et la sensibilité de cet organe à la palpation à droite du creux épigastrique manquent absolument et toujours. C'est là même un excellent signe pour différencier la myocardite segmentaire de l'insuffisance de la valvule mitrale, dans laquelle existe un souffle systolique qui, pour différent qu'il soit du souffle médiocardiaque tel que je l'ai décrit, pourrait à la rigueur être confondu avec lui dans certains cas.

Il n'existe non plus dans la myocardite segmentaire ni veinosités du visage, ni signes de dilatation du cœur droit. Les grands réservoirs veineux ne sont jamais encombrés. Néanmoins, chez 81 p. 100 des malades, on observe aux malléoles et à la région prétibiale, soit continuellement, soit par périodes, ce que j'appelle *l'œdème latent* : œdème minuscule, qu'il faut chercher soigneusement et par des impressions digitales fortes pour le découvrir ; qui exceptionnellement devient de l'œdème vrai, mais en tout cas ne remonte jamais au-dessus du genou. Souvent, avec cet œdème latent périphérique, on observe un certain degré d'œdème pulmonaire, confiné aux bases avec une singulière prédilection pour la base gauche. Mais *jamais les malades ne présentent le tableau classique de l'asystolie vulgaire* : c'est-à-dire de l'asystolie accompagnée de surcharge veineuse, de dilatation des cavités droites du cœur et d'anasarque. Jamais non plus il n'y a de réduction dans la quantité des urines, lesquelles peuvent présenter épisodiquement un léger précipité d'albumine, le plus souvent à l'état de simples traces, sans bruit de galop ni d'autre part aucun symptôme d'insuffisance urinaire.

L'asystolie, en somme, ici n'existe pas telle qu'on la connaît dans les autres maladies organiques du cœur.

Les terminaisons véritablement propres à la myocardite segmentaire essentielle sont :

1° *La terminaison par la mort due à une syncope brusque.* Nous l'avons relevée dans *un septième* des cas (6 sur 42). Dans l'un d'eux, observé par moi à l'hôpital de la Croix Rousse, la syncope fut tellement subite, que tout le sang des cavités gauches et de l'aorte coagula sous la forme d'un thrombus continu, retrouvé à l'autopsie et longtemps conservé à titre de curiosité anatomique. La coagulation s'étendait jusqu'aux iliaques primitives. La mort par syncope peut s'effectuer ainsi brusquement dès la première attaque syncopale, ou bien être

(1) Cette communication a été faite à l'Académie de médecine, en l'absence de M. Renaut, par M. Albert Robin.

---

vaient eu être rapprochés par les douleurs dans les membres ou les éruptions, l'immense majorité avait ses caractères propres qui ne permettaient plus le doute.

On a bien dit aussi pour faire l'accord que la dengue n'était pas autre chose que la grippe des pays chauds.

L'assimilation n'est peut-être pas si facile.

***

En attendant que la question puisse être résolue, l'on ne saurait mieux faire que de conseiller de s'en tenir à une observation sincère, sagace et persistante, et pour cela, je reproduirai les premières lignes du tableau de Saillant.

« L'observation est, dans la médecine comme dans la physique, la véritable manière d'étudier la nature : c'est elle qui caractérise les grands médecins, les disciples d'Hippocrate : c'est sur elle, comme sur le seul fondement solide, que cet habile architecte a bâti l'édifice de la médecine, inébranlable, et contre lequel les vents des différentes opinions de tous les siècles briseront en vain tous leurs efforts. Mais s'il est des circonstances où l'on sente toute l'importance de l'observation, c'est principalement dans les maladies épidémiques.

« Ces maladies en effet semblent avoir presque toutes un génie particulier, qui exige du médecin l'attention la plus scrupuleuse, et la prudence la plus consommée... »

Ne sont-ce pas là d'excellents conseils à méditer, et à mettre en pratique ?

***

Que si, pour contrebalancer les résultats désastreux des épidémies, qui s'étaient en quelque sorte conjurées pour décimer l'espèce humaine, la science pouvait offrir aux survivants l'agréable perspective de la découverte d'une nouvelle fontaine de Jouvence, il n'y aurait que demi-mal. Et bien on a pu espérer, on a pu croire un instant, et même pendant plusieurs semaines, que nous allions posséder un spécifique capable de nous rajeunir.

Les curieux résultats qu'a signalés coup sur coup, devant la Société de biologie un membre de l'Académie des sciences et l'un des

(1) Les premiers auteurs qui ont décrit la dengue écrivaient dengué et prononçaient, je crois, denngué. Ozanam a même imprimé Dengué, dans son « Histoire des épidémies. » Aujourd'hui nous en sommes arrivés à prononcer ce nom comme s'il était écrit « Dangue ». O vicissitudes des choses humaines !

précédée de syncopes et de lipothymies successives et entremêlées. Dans plusieurs cas, l'arrêt brusque du cœur n'a été annoncé par aucun préambule indicateur. Le malade dont je viens de parler, et dont le sang coagula dans toute l'étendue de l'aorte avec les caractères typiques d'un caillot *post mortem*, venait de fumer tranquillement sa pipe en se deshabillant pour se mettre au lit. Il causait avec ses voisins, ses rideaux fermés. Il se tait tout à coup; son camarade s'étonne de son silence, court à son lit et le trouve mort. D'autres fois, comme l'a signalé pour la première fois Déjerine, la syncope se produit à l'état plus ou moins complet : le malade perd connaissance; le pouls et les battements du cœur disparaissent; les mouvements respiratoires subsistent. Au bout d'un certain temps, le malade, qui continue à respirer, peut reprendre jusqu'à un certain point connaissance. Mais les battements du cœur restent indistincts, le pouls filiforme ou imperceptible; et la mort survient dans cet état au bout d'un temps plus ou moins long.

2° Immédiatement après la terminaison par syncope, il convient de placer celle par asystolie d'ailleurs plus fréquente. L'asystolie consiste ici, soit dans l'exagération de l'arythmie du cœur et du pouls, dont le caractère multiforme devient excessif; soit dans des crises véritables de tachycardie accompagnées d'une sensation d'angoisse énorme, reliées par des périodes où le pouls est multiforme ou même simplement faux régulier. Mais dans aucun des cas que j'ai observés, il ne s'est produit ni veinosités du visage, ni cyanose des lèvres, de la langue et des ongles. Il n'y a pas de tuméfaction des jugulaires, pas de pouls veineux, pas de dilatation du cœur droit. La matité rectangulaire ne bouge pas; l'anasarque et le gonflement douloureux du foie ne se produisent jamais. Bref, *il s'agit ici d'une forme tout individuelle, purement arythmique de l'asystolie*, qui survient par crises comme l'asystolie vulgaire. Les malades meurent parfois de pur épuisement; ou bien l'état arythmique aboutit à une série de lypothymies ou d'une syncope terminales. D'autres résistent à des crises d'arythmie très multipliées pour succomber soit à des thromboses corticales du cerveau, favorisées d'une façon qui m'a paru toute particulière, et sur laquelle je reviendrai, par la myocardite segmentaire; ou enfin la terminaison fatale est déterminée par une affection intercurrente légère.

Je n'ai pas observé personnellement la *rupture du cœur* comme terminaison de la myocardite essentielle purement segmentaire que je décris, c'est-à-dire dans laquelle la cardite interstitielle ou cirrhose du cœur ne joue aucun rôle. On pourrait se demander à bon droit pourquoi les myocardes atteints de dissociation segmentaire diffuse, mais d'ailleurs pure, ne se rompent pas, quand la résistance de leurs parois au moindre effort mécanique est devenue si faible, et quand on sait d'autre part que, dans les ruptures du cœur qu'on se donne vraiment la peine d'étudier analytiquement, comme l'a fait pour la première fois mon ami Albert Robin (1), la dissociation segmentaire du myocarde peut toujours être constatée presque à coup sûr?

Mais le paradoxe n'est ici qu'apparent. A mon sens, Albert Robin a nettement déterminé le mécanisme intime des ruptures du cœur par deux conditions pathogéniques associées. La première est la cardite interstitielle, la sclérose intermusculaire du tissu conjonctif du muscle cœur, laquelle part des vaisseaux; la seconde est la dissociation segmentaire. La sclérose, a dit A. Robin, *prépare* la rupture en dissociant les faisceaux musculaires et en affaiblissant ainsi la résistance de la paroi; la dissociation segmentaire « est la condition immédiatement déterminante de la rupture ». Et non seulement alors la paroi cardiaque est faible musculairement parlant et en même temps formée par un réseau musculaire fragile. J'ajouterai que *sa résistance n'est plus homogène* : le tissu scléreux n'étant plus iso-résistant aux parties musculaires qu'il dissocie. La fibre cardiaque déjà fragmentée se rompt alors pendant la systole dans les intervalles des tractus fibreux solides : créant une série de fissures où peut s'engager le sang si les séreuses viennent à céder. C'est ainsi que la dissociation segmentaire commande la rupture, mais seulement alors que la sclérose prépare et commande la pénétrabilité des chemins fissuraux ainsi créés. Il semble donc qu'il faille, pour réaliser la rupture du cœur, la réunion au même point du myocarde des deux conditions qu'Albert Robin a déterminées, de façon que, si par exemple, la sclérose manque (et c'est ce qui arrive précisément dans les cas que je vise), la paroi cardiaque reste homogène malgré son affaiblissement fonctionnel, et peut ar-

(1) Albert Robin. *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales* : Paris 1887, p. 520-522.

---

plus illustres pionniers, devenu aujourd'hui le premier vétéran de la physiologie expérimentale, par la disparition successive de ses frères d'armes, j'ai nommé M. Brown-Séquard, semblaient, il faut en convenir, ouvrir des horizons nouveaux à notre race de décadents.

Malheureusement l'enthousiasme des premiers jours semble s'être refroidi. Serait-ce que la médication ne produit qu'un effet passager; ou bien n'agirait-elle que sur certains organismes? On pourra alléguer l'axiome *Testis unus, testis nullus*; pour moi je n'essaierai même pas répondre à ces questions. Je me contente de les poser.

Mais le traitement de la vieillesse ou de l'affaiblissement général par injection de suc testiculaire, n'aurait-il eu pour résultat que de rendre un peu de jeunesse, au professeur de médecine du collège de France, cette jeunesse ne serait-elle pas éternelle, ce traitement aurait droit à notre reconnaissance; et l'on devrait conseiller de continuer, de répéter, de renouveler des expériences qui ne semblent avoir encore porté que leurs premiers fruits.

***

Malheureusement le mercantilisme qui caractérise notre époque et spécialement certaines races, semble vouloir troubler, risque de compromettre et fera peut-être avorter des recherches, que seul le culte de la science avait inspirées.

*La réclame*, ne publiait-elle pas en effet récemment un entrefilet ainsi conçu; et que je trouve dans le *Lyon médical* :

Spermine. — On lit dans le dernier numéro de la *Correspondentz-Blatt der Schweitzen Aertze* :

*Plus de suc testiculaire!.... Spermine!* La maison américaine Parke Davis et Cie met en circulation une substance basique, isolée du sperme des animaux $C_2H_5N$, vraisemblablement identique avec les cristaux Charcot-Neumann, — la spermine — de la même manière que les triturations de Brown-Séquard et qui est supportée sans provoquer de réaction. Un matelot nègre de 75 ans, qui, en raison de son âge, ne pouvais plus remuer, fut, aussitôt après injections à même de monter dans un tramway en marche!!

***

En attendant l'avènement de cet âge d'or, que la physiologie expérimentale a fait miroiter et reluire à nos yeux éblouis on ébahis, nous avons assisté durant ces derniers mois à la disparition d'un grand nombre de notabilités médicales.

river aisément à cesser d'être active, mais malaisément à se rompre.

En effet, les individus atteints de myocardite segmentaire essentielle sont des vulnérables au plus haut degré; on peut dire qu'un rien les tue. Nombre de mes malades, chez lesquels la cardiopathie était pour ainsi dire latente, accusée simplement par un faux pouls régulier, l'effacement du choc précordial et la matité rectangulaire, sans souffle médiocardiaque encore, furent jetés en pleine asystolie arythmique par un rhume, on à la suite d'une chute, d'un traumatisme quelconque. L'un d'eux est mort au printemps dernier en quelques jours, après s'être donné une entorse, dans un état de faiblesse et d'inertie inexplicables coupé de syncopes successives dont la dernière fut définitive. Une autre malade mourut de la même façon, dans les premiers jours de novembre, apyrétique complètement, dans la convalescence d'un érysipèle léger. La fragilité des vieillards, la gravité, la ténacité, chez eux, de la moindre bronchite, l'influence déplorable et bien connue des moindres traumatismes sur eux, n'ont en réalité d'autre raison d'être que l'existence d'une myocardite segmentaire essentielle plus ou moins accusée, souvent latente jusque-là. Ils ne peuvent en somme vivre que si rien ne dérange le régime circulatoire auquel leur cœur si faible suffit encore. Le moindre épisode morbide fait de leur cœur asthénique une sorte de cœur forcé, qui se dérègle définitivement ou qui s'arrête net. Dans ces dernières semaines, la grippe a exercé sur mes vieillards de l'hospice du Perron une action de ce genre. Une de mes malades en particulier (1) vient de succomber dans la convalescence d'une grippe légère, fébrile pendant quelques jours seulement et sans détermination pulmonaire. Elle était porteur d'un très ancien ulcère simple de l'estomac qui, d'ailleurs, ne donnait plus de signes. Le seul organe lésé était le cœur, dont la dissociation segmentaire était diffuse. Les individus encore jeunes atteints de myocardite ne sont pas moins fragiles. Un homme de 35 ans, alcoolique (2) prend un léger engouement herniaire qui cède au bout de deux jours. Une attaque de *delirium tremens* en somme assez peu intense le tue en vingt-quatre heures; et l'on ne trouve à l'autopsie rien qu'un myocarde envahi largement par la dissociation segmentaire.

(1) Observation XI de la thèse du Dr Mollard.
(2) Observation IV de la thèse du Dr Mollard.

La condition pathogène majeure de la myocardite segmentaire essentielle est la sénilité. Mon maître Parrot disait avec raison : « Le cœur du vieillard est presque fatalement malade (1) »; j'ajouterai qu'il est presque fatalement atteint par la dissociation segmentaire du myocarde. Je dirai encore que cette lésion existe alors bien plus souvent à l'état de pureté qu'accompagnée des scléroses intermusculaires et périartérielles dont on a voulu jusqu'à présent faire surtout la caractéristique du cœur sénile. Quand j'ai voulu établir le syndrome clinique que je viens de décrire, j'ai en effet eu soin de ne tenir compte que des cas où le cœur ne présentait d'autre lésion que le ramollissement et la fonte du ciment qui unit entre elles les cellules musculaires cardiaques. Ce syndrome étant déterminé, toujours identiquement reproduit chez les malades porteurs de la dissociation segmentaire constatée, je crois être naturellement en droit de le considérer comme indiquant la dissociation du myocarde quand je le retrouve sur le vivant, non porteur d'une cardiopathie connue. Pour le moment, il me paraît difficile d'aller plus loin, et de préciser les conditions étiologiques qui engendrent chez le vieillard la dissociation segmentaire. Il faut, quant à présent, se borner à la constatation des faits, et peut-être même considérer la lésion comme constituant, pour le cœur des sujets âgés, un cas particulier de l'involution sénile. L'action continue depuis la naissance ne saurait-elle pas, par elle-même, fatiguer le cœur, et toucher la vitalité de la cellule dont, en cette hypothèse, l'activité trophique ne suffirait plus à la sécrétion du ciment solide qui l'unit à ses congénères?

L'étiologie de la myocardite segmentaire chez les sujets d'un âge moyen est un peu plus claire. J'ai toujours relevé dans les antécédents soit l'alcoolisme, soit les fièvres graves et en particulier la fièvre typhoïde. La preuve de l'action nocive de cette dernière sur le cœur est du reste absolument faite (Déjerine et Colrat). Quant à la fréquence des lésions du myocarde dans les maladies générales d'ordre infectieux, elle ne saurait être déterminée pour le moment; mais *a priori* je la crois assez grande. Il y aura notamment lieu de rechercher si l'irrégularité du pouls, parfois poussée jusqu'à l'arythmie temporaire comme l'a montré mon maître Lorain, ne serait

(1) Parrot. Dict. encyclopédique des sciences médicales : art. CŒUR.

---

Et d'abord le doyen de la Presse scientifique est mort à l'âge de 80 ans, le Dr Quesneville, qui durant 50 ans avait vaillamment dirigé un recueil justement estimé (*Le Moniteur scientifique*, qui de 1840 à 1857 s'était d'abord appelé *Revue scientifique*). Onne reverra donc plus cette belle tête de vieillard couronnée d'une blanche chevelure, que l'on rencontrait assez souvent dans le quartier des Écoles, où son caractère sympathique et conciliant lui avait gagné une sorte de popularité.

— Un autre doyen de notre profession disparaissait peu après, mais celui-là, oublié déjà de presque toute la nouvelle génération. En sorte que l'annonce même de sa mort a appris à beaucoup l'existence de Gendrin, qui semble s'être éteint sous la cendre des années.

Et cependant nul n'avait été plus brillant : sa renommée avait été rapide et remontait haut. Déjà sous la Restauration plusieurs de ses travaux avaient été traduits en allemand.

Son cabinet de consultation fut pendant très longtemps l'un des plus courus de Paris; mais l'École lui resta fermée. Et de plus Gendrin s'aliéna presque tous ses collègues des hôpitaux.

En vain travaillait-il toujours; en ces dernières années, en 1877, il publia sous cette forme aphoristique, qui donne tant de relief à une œuvre, un *Traité philosophique des fièvres périodiques*, traité, que tous les articles nécrologiques ont oublié de mentionner. Né à Paris le 6 décembre 1796, Auguste-Nicolas Gendrin y est mort au mois de janvier, comblé de jours puisqu'il avait dépassé 93 ans.

Quelques semaines avant, c'était un jeune maître, Damaschino, que l'épidémie de grippe est venu cueillir avant sa 50e année.

Puis hier c'était Blachez qui disparaissait, puis encore Esbach, qui dans ses recherches de chimie biologique n'a pu donner tout ce qu'il promettait.

En province, un travailleur, Duboué (de Pau) s'éteignait; à Lyon, c'était le professeur de matière médicale, Cauvet; à Toulouse, c'est Bonnemaison; pour Vichy, c'est Willemin, etc.

L'Allemagne porte le deuil de Volkmann. L'Autriche celui de Rosenthal. La Russie a perdu Botkine. Mais nous n'en finirions pas dans cette pénible énumération des victimes des derniers mois. Refermons nos tables mortuaires.

Puissions-nous ne pas les rouvrir de sitôt !

Dr Peter-Paul Somans.

pas un signe révélateur d'une dissociation segmentaire légère du myocarde tout autant qu'elle demeure jusqu'ici un signe inexpliqué de la convalescence confirmée de la dothiénentérie et des fièvres graves similaires ?

Les individus atteints de myocardite segmentaire, et surtout les séniles, sont des justiciables avant tout de la digitale et des toniques généraux. Quand l'arythmie existe manifestement, je donne la macération à doses décroissantes; puis la digitaline et enfin le vin, le vin de Champagne de préférence à tous les autres. Ces mêmes malades étant des vulnérables, des organismes pour ainsi dire intangibles par n'importe quel épisode morbide quel qu'il soit, on doit les protéger avec un soin tout particulier contre les actions pathogènes, et surtout contre la bronchite qui, sous ses formes initialement les plus légères, les tue parfois net. Mais l'un des meilleurs enseignements fournis par l'étude de la myocardite essentielle sénile, c'est l'indication de traiter la bronchite elle-même, ce catarrhe tenace et si souvent paradoxalement grave des vieillards, par les toniques du cœur et les régulateurs de la circulation artérielle.

Tout vieillard enrhumé gravement, dont le rhume ne finit pas, est, lui aussi, justiciable de la digitale. Sa bronchite est en effet entretenue par la myocardite segmentaire, laquelle engone chroniquement les bases du poumon, et, par suite de l'asthénie du ventricule droit, favorise l'œdème et les stases intrapulmonaires. Il faut en hâte aussi fermer le cercle vicieux en vertu duquel, si la cardiopathie segmentaire favorise la bronchite, celle ci exagère à son tour la cardiopathie à un tel point, que pendant les périodes de rhume, le pouls multiforme apparaît et que l'œdème latent se produit aux malléoles. Pour cela, je fais entrer l'administration de la digitale d'une part, de l'ergot de seigle de l'autre et comme tonique des vaisseaux, largement dans le traitement des bronchites séniles. Depuis l'adoption de cette pratique, j'ai cessé de voir mourir dans mon service, à la suite d'une bronchite ou même d'un rhume légers, des individus dont rien autre chose ne justifiait la mort à l'autopsie, sinon un degré plus ou moins accusé de dissociation du myocarde, à peine trahi pendant la vie par le faux pouls régulier ou un souffle systolique médio-cardiaque parfois à peine appréciable.

---

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — LE CHLORHYDRATE D'OREXINE, UN MÉDICAMENT STOMACHIQUE par le professeur E. PENZOLD, *Therapeutische Monatshefte*, 1890, n° 2, p. 59.

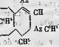
II. — ACTION DE DIFFÉRENTS ALIMENTS DE LUXE ET DE DIFFÉRENTS MÉDICAMENTS SUR LE SUC GASTRIQUE DE L'HOMME, par le Dr WOLFF, *Zeitschrift für Klin. Medicin*, t. XVI, fasc. 3 et 4, p. 222.

III. — LA TEINTURE DE NAREGAMIA, UN NOUVEAU MÉDICAMENT EXPECTORANT, par le Dr SCHŒNGUT. *Centralblatt für die gesammte Therapie* 1890, n° 3, p. 129.

IV. — L'ARISTOL, COMBINAISON IODÉE DU THYMOL, par le Dr EICHHORST. *Monatshefte für praktische dermatologie*, 1890, n° 2.

V. — LA TOXICITÉ DE LA CRÉOLINE, INFLUENCE DE CE MÉDICAMENT SUR LE MOUVEMENT NUTRITIF, par le Dr O. MUGDAN. *Centralblatt für die medic. Wissenschaften*, 1890 n° 7, p. 13.

I. — Le nom d'orexine est donné par Penzold à une combinaison de la chinazoline, la phenyldihydrochinazoline, qui a pour formule




Etant donné le peu de solubilité de cette substance dans l'eau, Penzold lui a substitué, pour les usages thérapeutiques, le chlorhydrate d'orexine. Ce sel se présente à la vue sous la forme d'aiguilles brillantes; il renferme deux molécules d'eau de cristallisation, qu'il perd lorsqu'on le dessèche à l'étuve, Il se dissout facilement dans l'eau chaude. Il irrite vivement la muqueuse nasale. Il est doué d'une saveur amère et brûlante. Sa toxicité est relativement faible; à la dose de 0,005 à 0,02, il détermine chez la grenouille des accidents de paralysie motrice; chez les animaux à sang chaud, tels que le lapin, il ne provoque pas de troubles appréciables à la dose de 0,05 par kilogr. de poids corporel. Pour que se produisent les symptômes d'intoxication, il faut pousser la dose jusqu'à 25 centigrammes par kilogr. de poids corporel; on observe alors du tremblement, des convulsions toniques et cloniques, de la dyspnée, de l'accélération des battements du cœur. Les animaux se remettent de ces accidents. Mis en contact direct avec le sang, le chlorhydrate d'orexine altère les globules rouges et provoque la formation de la méthémoglobine.

D'après les observations faites par Penzold, le chlorhydrate d'orexine serait un puissant stomachique dans tonte l'acception du terme, c'est-à-dire un médicament doué de la propriété d'exciter l'appétit et de stimuler la digestion stomacale (apparition plus rapide de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, peptonification plus rapide). Les expériences de M. Penzold ont été faites sur des sujets anorexiques relevant d'opérations graves, sur des phthisiques, des chlorotiques, etc. Bon nombre des personnes qui ont fait l'objet de ces expériences venaient se faire soigner à la policlinique, ne pouvaient donc être soumises à une observation suivie. Mais comme on s'abstenait de leur indiquer l'effet qu'on attendait de la médication, leur témoignage spontané relativement aux propriétés apéritives du chlorhydrate d'orexine n'en avait que plus de valeur. Les assertions de Penzold touchant l'action du nouveau médicament sur la digestion stomacale sont basées sur des résultats de l'examen du contenu de l'estomac, chez des sujets en traitement dans le service de l'auteur. Il est bon d'ajouter que 5 fois sur 36, la médication a complètement échoué, et que d'autres fois ses effets ont été peu appréciables.

M. Penzold conseille de prescrire le chlorhydrate d'orexine suivant la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Rec. | Chlorhydrate d'orexine........ | 2 |
| | Extrait de gentiane........... | |
| | Poudre de réglisse,........... | q. s. |

Pour f. s. a. vingt pilules qui seront enveloppées de gélatine.

Le malade commencera par prendre 3, 4 et 5 de ces pilules le matin à jeun, et plus tard, pareille dose deux fois par jour. Si l'effet tarde de se produire, on suspendra la médication pendant quelques jours.

II. — Voici, sommairement, les résultats des recherches de Wolff, recherches qui ont porté sur des sujets de notre espèce.

*a) L'alcool* (cognac), à faibles doses (20 cc.), a paru augmenter l'acidité du contenu stomacal et notamment la sécrétion de

l'acide chlorhydrique; à doses plus fortes (30 cc.) l'effet inverse a été obtenu. Après usage répété de l'alcool, il a paru que la muqueuse de l'estomac ne réagissait plus aussi activement aux impressions que développe son excitant normal, c'est-à-dire l'aliment usuel. La nécessité d'une excitation de plus en plus forte ne tarde pas à se manifester, avec toutes ses conséquences fâcheuses.

*b*) La *caféine*, à la dose minima de 20 centigrammes, possède la propriété de diminner l'acidité du contenu de l'estomac, au plus fort de la digestion stomacale, de diminuer aussi la sécrétion de l'acide chlorhydrique, et dans certains cas, de restreindre la formation des peptones.

*c*) La *nicotine*, à la dose de 1 milligramme, semble être apte à stimuler la sécrétion du suc gastrique; mais à doses répétées, elle émousse la sensibilité spéciale et partant les fonctions sécrétoires de l'estomac, du moins chez certains individus.

*d*). Eu fait de *substances amères*, *le nitrate de strychnine* est à même de stimuler très vivement l'activité sécrétoire de la muqueuse gastrique, du moins dans certaines circonstances. L'emploi de ce médicament paraît indiqué pour combattre l'atonie de l'estomac, surtout quand cet état s'accompagne d'une diminution de la sécrétion du suc gastrique on de la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

*L'écorce de Condurango* n'a pas paru exercer une influence manifeste sur l'acidité du contenu de l'estomac, et notamment sur la richesse de ce contenu en acide chlorhydrique. Si l'on s'en rapporte aux résultats de certaines expériences, il y a peut être en sécrétion plus abondante de pepsine.

D'autre part, d'après les expériences de Wolff, la *bile* (bile de bœuf) injectée dans l'estomac de l'homme, séjourne dans cet organe plus ou moins longtemps, et tout en diminuant l'acidité du contenu de l'estomac, elle ne restreint pas dans une proportion notable la sécrétion du suc gastrique, ni la peptonification de l'albumine.

*e*) Le *chlorure de sodium*, ajouté aux aliments à la dose de 3 gr. 5 à 5 grammes, a diminué l'acidité totale du contenu de l'estomac et la sécrétion de l'acide chlorhydrique; de plus, la peptonification de l'albumine a paru être notablement entravée.

*f*) L'acide chlorhydrique, administré à raison de 25 gouttes après chaque repas, pendant huit jours, à des sujets dont le contenu stomacal ne renfermait pas traces de cet acide dans les circonstances ordinaires, n'a exercé aucune influence appréciable sur la sécrétion chlorhydrique; il a semblé, par contre, que dans quelques cas, cette médication avait exercé une influence salutaire sur la formation des peptones.

III. — Le naregamia alata est une plante originaire des grandes Indes, où elle est employée comme remède populaire pour combattre les troubles qu'on attribue à la résorption de la bile. Le Dr Bidie, de Madras, a vanté les bons résultats qu'il prétend avoir retirés de l'emploi des préparations de naregamia, dans le traitement de la dysenterie et aussi à titre d'expectorant. Dans le service du professeur Drasche, de Vienne, M. Schœngut a expérimenté une teinture de naregamia de provenance américaine (marque Parke et Davis). Le médicament était administré à la dose quotidienne de 1 à 3 gr. comme émétique, dans des cas de dysentérie, de pleurésie, de pneumonie, d'emphysème, de broncbite, d'affections cardiaques, de phtisie pulmonaire, en tout 24 expériences. Il s'est fait voir que le nouveau médicament était doué de propriétés expectorantes bien manifestes, produisant des effets salutaires lorsque l'insuffisance de l'expectoration entretient une toux vive ou lorsque les crachats sont difficilement expués à cause de leur grande viscosité. Toutefois, chez les tuberculeux, la médication n'a pas produit de bons résultats, en thèse générale.

Des mensurations précises ont fourni la preuve comme quoi l'expectoration bronchique augmente sous l'influence de l'administration de la teinture de naregamia, et perd de sa viscosité. En même temps, l'expectoration devenait plus facile, et la gêne respiratoire allait en diminuant, par suite de la désobstruction des bronches.

Les résultats obtenus en expérimentant sur des animaux ont été de nature à faire supposer que la teinture de naregamia n'influence pas la circulation, ni la pression intra-vasculaire, contrairement à ce qui a lieu avec l'émétine. M. Schœngut est porté à croire que les propriétés expectorantes de la naregamia sont liées à une action directe de cette drogue sur l'appareil glandulaire de la trachée et des bronches. Indépendamment de cette action hypercrinique, la teinture de naregamia manifeste une action tussigène, qui n'est vraisemblablement que la conséquence de l'irritation de la muqueuse de l'arrière-gorge au contact du médicament. Celui-ci n'exerce pas d'influence délétère sur les fonctions digestives. Les urines n'ont été modifiées ni quantitativement, ni qualitativement, chez les malades qui ont fait usage de la teinture de naregamia.

IV. — Le nom d'aristol a été donné en Allemagne au produit obtenu par la substitution de deux atomes d'iode à de l'hydrogène, dans une mollécule double de thymol; ce serait donc du diiodure de dithymol. C'est une poudre d'un rouge tirant sur le brun, inodore, insoluble dans l'eau et la glycérine, mais qui se dissout facilement dans l'éther et dans les huiles, même à froid. Cette poudre s'altère vite sous l'influence de la lumière et de la chaleur.

M. Eichhorst rend compte des essais qui ont été faits avec le nouveau produit, dans le traitement d'un certain nombre d'affections cutanées et syphilitiques. Les résultats obtenus ont montré que l'aristol est un produit parfaitement inoffensif, qui offre sur l'iodoforme l'avantage d'être inodore, qui le céde en efficacité sur ce dernier dans le traitement du chancre mou, mais qui vaut tous les médicaments employés jusqu'ici dans le traitement du psoriasis et du lupus, des ulcérations syphilitiques et autres de la jambe. Le nouveau médicament est appelé à rendre de bons services dans le traitement des affections chirurgicales des os et des articulations, dans le traitement topique des manifestations locales de la tuberculose et de la syphilis, auquel cas il faudra l'administrer par la voie sous-cutanée, en suspension dans de l'huile.

V. — Une question très controversée est relative à la toxicité de la créoline, drogue dont la composition exacte a été tenue secrète par l'inventeur. On a prétendu substituer la créoline à l'acide phénique et aux autres antiseptiques, dans la pratique chirurgicale, et pour atteindre ce résultat on a fait souner bien haut les avantages résultant de la parfaite innocuité de ce produit. Des chirurgiens et des expérimentateurs se sont inscrits en faux contre cette assertion. M. Mugdan est de ce nombre. Voici les conclusions sous la forme desquelles il a résumé les résultats de ses expériences :

1° Conformément aux observations faites précédemment par Behring, Weyl et d'autres auteurs, la créoline ne saurait passer pour un produit entièrement dépourvu de toxicité, car 10 grammes de créoline administrés en une fois, ou des doses répétées de 5 grammes, tuent l'animal immanquablement.

2° La toxicité de la créoline ne dépend pas de la seule présence de l'acide phénique dans ce produit, mais de l'action

complexe des hydrocarbures (acide phénique et créosols supérieurs) qu'il renferme. La preuve de cela a été faite en isolant les divers hydrocarbures contenus dans la créoline et en expérimentant avec ces différents principes, séparément d'abord, puis concurremment.

Après ingestion d'une dose de 5 grammes de créoline, les chiens sont pris de vomissements ; d'après cela, il semble impossible d'empoisonner ces animaux en leur faisant absorber la créoline par la voie stomacale.

D'autres expériences, faites sur des chiens maintenus en état d'équilibre nutritif, ont démontré que :

Des doses quotidiennes de 2 à 3 grammes de créoline n'exercent aucune influence sur la désassimilation de l'albumine, chez les animaux de cette espèce ;

Dans le cours de l'expérience, les urines ne renferment que des traces minimes de créoline ;

La richesse des urines en indican diminue et descend presque jusqu'à zéro, preuve que les putréfactions intestinales sont amoindries ;

La quantité des éthers sulfuriques diminue considérablement.

M. Mugdan a eu soin de prévenir qu'il a employé pour ses expériences des échantillons de créoline portant la marque Pearson.

E. Ricklin.

## BIBLIOGRAPHIE

La diphtérie. — Son traitement antiseptique par le Dr J. Renou (de Saumur). — Études cliniques précédées d'une préface du professeur Grancher.

Les traitements de la diphtérie sont innombrables. Chaque auteur, possesseur d'une panacée nouvelle, nous présente des statistiques de centaines de cas, où sa médication a été reconnue infaillible.

« Comment se fait-il, disait il y a quelques mois Cadet de Gassicourt (1), que les auteurs des méthodes nouvelles ou renouvelées, qui guérissent tout, aient à leur disposition un nombre aussi considérable de diphtéritiques » ?

Cette question n'a pas lieu d'être posée à M. Renou. Son volume convaincu est empreint d'honnêteté.

Témoin d'une épidémie de diphtérie qui pendant plusieurs années a ravagé les environs de Saumur, l'auteur nous décrit deux sortes de diphtéries,

1° La *diphtérie noire* amenant la mort par intoxication, sans croup ou avec un croup effacé par les accidents toxiques.

2° La *diphtérie blanche*, cette dernière à localisations muqueuses étendues, croup fréquent, diphtérie plus asphyxique que toxique.

Le traitement se résume dans les indications suivantes :

1° Indifférence absolue, sauf pour les accidents d'ordre mécanique, vis-à-vis des manifestations pseudo-membraneuses. La fausse membrane, dit l'auteur, est un phénomène secondaire, d'ordre éruptif, consécutif à l'intoxication générale.

2° Préoccupation grande vis-à-vis de l'état général (vin, alcool, quinquina, quinine).

3° Atmosphère spéciale, chaude, humide, antiseptique, destinée à agir non seulement localement, mais sur l'infection même par l'absorption pulmonaire. Ce dernier résultat est obtenu par la vaporisation, dans un fourneau à pétrole, d'une solution phéniquée. (Un fourneau vaporise une trentaine de litres d'eau par 24 heures.) La température de la chambre sera de 20° à 22°. Quant à la quantité d'acide phénique, elle est commandée par l'étendue de la pièce. La mesure suivante est indiquée par l'auteur : un gramme d'acide phénique par mètre cube et par 24 heures. L'air saturé de vapeurs phéniquées devient rarement toxique ; à peine 1/10 des enfants présentent la coloration noirâtre de l'urine, indice d'un empoisonnement commençant. Plus à craindre est la causticité de ces vapeurs. L'auteur cite deux cas de mort, où des rougeurs érysipélateuses chez des enfants trachéotomisés, ont envahi la plaie. Ces accidents semblaient dépendre de l'action caustique des vapeurs phéniquées. On les évitera en diminuant au besoin le titre de la solution vaporisée.

Au moment de la publication de cet intéressant ouvrage, les recherches de Roux et Yersin n'étaient pas connues.

D'après ces auteurs, le bacille pathogène de Klebs et Loeffler ne se produit que sur une muqueuse malade. On le rencontre spécialement dans les parties superficielles de la fausse membrane, jamais dans le sang ou les organes diphtéritiques.

Ce bacille secrète un poison qui, injecté aux animaux donne la diphtérie aussi sûrement que l'injection du bacille lui-même. A la suite d'une infection expérimentale, le nombre de bacilles va même en diminuant au bout de quelques heures et la maladie néanmoins, poursuit son cours malgré la disparition du bacille qui la cause.

Il nous semble que les recherches de Roux et Yersin, donnent un singulier appui aux idées défendues par M. Renou.

Deux faits surtout demandent à être mis en évidence :

1° La présence des bacilles seulement dans les *parties superficielles* des fausses membranes.

2° La continuation de la maladie après la disparition des bacilles.

Que font les médecins en détruisant les fausses membranes énergiquement comme on a de la tendance à le pratiquer aujourd'hui ? Ils tuent des bacilles qui ne sont même localisés que dans les parties superficielles de ces fausses membranes.

Mais ces bacilles sont-ils la cause de l'empoisonnement? Ils ne le sont plus, au cours de la diphtérie.

Ce sont à ce moment les poisons solubles qui agissent.

De plus le rôle effacé des fausses membranes, rares au cours de certaines diphtéries, n'a-t-il pas depuis longtemps, été démontré par la clinique ?

Dans la diphtérie hypertoxique *noire* de M. Renou, ces membranes existent à peine.

Elles peuvent être très abondantes, au cours de diphtéries bénignes, sans retentissement marqué sur l'état général. Le professeur Bouchard n'a-t-il pas dit dernièrement : Plus l'aptitude morbide est grande, moins il y a de lésion locale.

L'absence de cette lésion locale dans la diphtérie toxique, sa constatation dans la diphtérie moins grave, n'est-elle pas un nouvel argument en faveur de l'axiome émis par le professeur de Paris?

Quoiqu'il en soit, les recherches de Roux et Yersin en démontrant la présence d'un poison dans le sang, donnent la raison scientifique des vaporisations phéniquées de M. Renou. Ces deux auteurs considèrent en effet l'acide phénique comme l'antiseptique le plus efficace dans les cas de diphtérie confirmée.

Nous nous proposons, à la première occasion, d'expérimenter le traitement de M. Renou qui est aujourd'hui basé sur des données cliniques et expérimentales incontestables, qui semble avoir guéri nombre de maladies graves, et à défaut d'autre mérite aura du moins celui de ne pas faire souffrir de malheureux petits êtres.

Ch. Fiessinger.

(1) Société de thérapeutique, 8 mai 1889.

REVUE DES THÈSES.

**De la typhlite stercorale chez les jeunes sujets en particulier et de la péritonite qui l'accompagne. — De la typhlo-péritonite a début péritonéal (Pérityphlite dite primitive)**, par le Dr J. Besnier (Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888).

Les ouvrages classiques étudient sous le nom de *typhlite* l'inflammation du cæcum et ils appellent *pérityphlite* l'inflammation du tissu cellulaire rétrocæcal.

M. Besnier insiste sur la rétention fécale comme cause de typhlite. Cette accumulation des matières fécales dans l'intestin peut s'établir lentement, silencieusement, d'une *façon latente*, et néanmoins sous l'influence d'un écart de régime ou d'un refroidissement, donne naissance à une typhlite stercorale. Cette typhlite stercorale peut prendre la forme phlegmoneuse, l'inflammation atteignant la couche celluleuse sous-jacente à la muqueuse cæcale, et constituant un véritable phlegmon lequel dans certains cas, se termine par le rejet à l'extérieur des parties sphacélées.

Au point de vue clinique, et quelle que soit sa forme anatomique, la typhlite stercorale peut s'accompagner dès son début, d'une péritonite qui se localise dans la région cæcale et dont les symptômes sont tout d'abord prédominants. Ces faits sont plus fréquents chez les sujets jeunes que chez les adultes. Bucquoy les décrit sous le nom de pérityphlites primitives. D'après l'auteur, c'est la dénomination de typhlo-péritonite à début péritonéal qui conviendrait. Dans ces cas, la typhlite et la péritonite ne forment qu'une maladie unique, dont la marche est aiguë et dont la terminaison est précédée ou accompagnée d'évacuations intestinales plus ou moins abondantes, et se fait le plus souvent par résolution.

Quant au terme de pérityphlite employé par Bucquoy, il doit être rejeté. C'est le péritoine qui est atteint et non le tissu cellulaire. Il va sans dire que ce dernier peut être pris à son tour; mais seulement d'une façon secondaire et consécutivement à l'inflammation du péritoine. La maladie se termine alors fréquemment par suppuration.

Il existe ainsi toute une classe de typhlo-péritonites simples. Cette classe correspond le plus souvent aux pérityphlites bénignes et résolutives.

Ce n'est pas à dire que le tissu cellulaire rétro-cæcal ne soit jamais atteint d'une manière primitive. Il s'agit alors d'une pérityphlite classique se terminant par suppuration. Cette forme est plus rare que la première. On pourrait lui donner le nom de *typhlo-cellulite* pour l'opposer nettement a la *typhlo-péritonite* dont nous venons de parler.

Pour qui connaît les difficultés de diagnostic fréquentes entre la typhlite et la pérityphilite, et les symptômes péritonéaux dont s'entourent ces affections, dans maintes circonstances, la classification proposée par Besnier paraît rationnelle.

Elle répond mieux aux manifestations cliniques.

Fiessinger.

**Considérations sur les plaies tégumentaires de tête, et sur leur traitement par la suture** (Thèse de Paris), par P. E. Ribierre.

Faut-il ou ne faut-il pas suturer, se demande l'auteur, et quelle influence l'une ou l'autre méthode peut-elle avoir sur le développement de l'érysipèle? Après avoir fait une hématose parfaite, avoir lavé antiseptiquement la plaie, la question de la réunion s'impose.

Or, si certains auteurs prennent encore les agglutinatifs, soit à cause de la densité des tissus (Kirmisson) ou dans le cas de plaies contuses (S. Duplay), il n'en est pas moins vrai que le procédé de choix est la suture, qu'on la fasse avec du fil d'argent ou le crin de Florence. Ce procédé est applicable: 1° quand les bords de la plaie peuvent être approchés ou affrontés complètement ou partiellement avec ou sans excision de ses bords, suivant qu'ils sont ou non contus; 2° lorsque la plaie est bien aseptique et ne contient pas de corps étrangers, de fragments d'os, quel que soit d'ailleurs le décollement; 3 quand l'hématose est parfaite; 4° quand la plaie est récente (rarement plus de vingt-quatre heures), et que la suppuration n'existe pas; 5° lorsque le malade n'est pas en incubation de maladie infectieuse. Quant au drainage, il sera supprimé s'il y a antisepsie, et affrontement exact possible.

La suture, loin de prédisposer à l'érysipèle, paraît au contraire être un moyen préventif: même dans les cas où la réunion complète par première intention ne saurait être obtenue, elle hâtera la cicatrisation — à la moindre élévation de température, on ouvrira partiellement la suture par l'ablation d'un de ces points. — Les mêmes conclusions sont applicables aux plaies de la face où la suture a de plus l'avantage de produire une cicatrisation irrégulière.

**Recherches expérimentales sur la suppuration** (Thèse de Paris), par J. de Christmas-Duckinck-Holmfeld.

Tous les cas d'abcès chauds, chez l'homme, examinés au point de vue bactériologique, ont toujours démontré l'existence de microorganismes dans le pus. Ces microorganismes appartiennent à quelques formes peu nombreuses et assez bien caractérisées. Rosenbach les a désignés sous les noms suivants: staphylococcus pyogènes aureus: staph. piog. albus; micrococcus pyogènes tenuis; streptococcus pyogènes.

Mais à côté de ces suppurations avec microbes, on peut développer expérimentalement chez les animaux des suppurations purement chimiques, en dehors de toute intervention microbienne.

L'auteur a inoculé avec les plus grandes précautions antiseptiques les substances suivantes: essence de térébenthine, pétrole, chlorure de zinc à 10 0/0, glycérine, nitrate d'argent à 5 0/0.

Ces substances qui ne produisent aucun effet appréciable chez le lapin, occasionnent, chez le chien, des suppurations considérables. Le microscope n'a pu découvrir la moindre trace de microorganisme dans ce pus; le bouillon et la gélose sont restés absolument stériles. Il ressort donc nettement de ces expériences, que la suppuration est loin d'être liée d'une façon absolue, à la présence de microorganismes dans les tissus.

Comme conséquence de ces expériences, l'auteur s'est demandé si l'action suppurative des microorganismes pyogènes dans les tissus n'est pas déterminée par la présence de substances irritantes dans les produits de sécrétion ou dans les corps mêmes de ces microbes. Or, on peut extraire des cultures et du corps du staphylococus aureus plusieurs substances chimiques qui ont un effet pyogène très prononcé. L'auteur conclut donc que la suppuration aiguë doit être considérée comme le résultat d'influences chimiques sur l'organisme.

## BULLETIN

Origine microbienne de l'ostéomyélite aiguë infectieuse.

Il ne se passe guère de semaine sans que nous ayons à enregistrer une nouvelle application de la doctrine microbienne à la pathologie. C'est là un sujet en quelque sorte inépuisable, si l'on en juge par le nombre des travaux qu'il suscite de tous côtés. Pour cette fois, nous avons à signaler une importante communication de M. Lannelongue concernant les parasites de *l'ostéomyélite aiguë infectieuse*. On sait que, parmi les variétés d'inflammation osseuse désignées sous ce nom d'ostéomyélites, il en est une particulièrement grave et qui paraît presque exclusive aux enfants et aux adolescents. L'attention des chirurgiens a été attirée depuis longtemps sur cette forme vraiment remarquable par son caractère infectieux. En 1880, M. Pasteur ayant examiné le pus provenant d'un abcès ostéomyélitique, avait rencontré un microbe spécial dont il donna la description et qu'il affirma être identique, de par ses caractères morphologiques, à celui que l'on trouve dans le furoncle. De cette similitude, il crut pouvoir conclure à une certaine parenté nosologique entre deux affections d'apparence pourtant fort dissemblable. M. Lannelongue a repris cette question et a obtenu des résultats qui confirment, mais en partie seulement, ceux de son prédécesseur.

En effet, sur un total de 13 cas qui ont servi à ses recherches, M. Lannelongue n'a constaté que 5 fois la présence à l'état isolé du *staphylococcus aureus* dans le produit de la suppuration ostéomyélitique. Dans un certain nombre de cas, ce microbe faisait complètement défaut et dans les autres il était associé à d'autres espèces microbiennes réputées être indifférentes ou tout au moins douées d'un pouvoir pathogène très inférieur, sinon tout à fait nul. De cette constatation, M. Lannelongue a cru pouvoir conclure que la cause primitive de la suppuration dans l'ostéomyélite infectieuse n'est pas le fait d'un microbe spécial, unique, toujours identique à lui-même, et que, suivant toute probabilité, plusieurs espèces microbiennes peuvent provoquer le même résultat, à quelques nuances près dans l'intensité. Avec le staphylococcus aureus comme principe infectieux, on aurait affaire aux formes les plus graves de la maladie, tandis que celle-ci se montrerait peut-être plus atténuée, plus bénigne lorsqu'elle reconnaît pour cause l'action des autres variétés microbiennes. Il y a donc là une nuance qui pourrait bien avoir son application sur le terrain de la clinique.

Il reste maintenant à déterminer l'origine de ces germes et la route qu'ils suivent jusqu'à l'intérieur du tissu osseux pour y manifester ultérieurement leur activité pathogène. Or c'est là une question extrêmement difficile à résoudre. Comme il ne saurait être question ici de génération spontanée, on est porté à invoquer et à rechercher un mode de contagion particulier. M. Lannelongue estime que l'on peut incriminer diverses circonstances d'une certaine valeur: par exemple, ce fait que l'ostéomyélite est fréquente chez les nouveau-nés qui naissent à la suite de couches difficiles, compliquées, entraînant après elles des symptômes de pelvi-péritonite ou bien un écoulement lochial abondant et fétide. Ces différentes circonstances donnent, un effet, lieu de croire que l'enfant a puisé dans le sein maternel les streptocoques qui, à un moment donné, doivent produire chez lui les désordres profonds et redoutables de l'ostéomyélite. Mais cette explication ne peut guère être admise que pour les très jeunes enfants: Elle ne nous satisfait guère lorsqu'il s'agit d'expliquer le développement de la maladie chez des sujets plus âgés. Admettre dans ce cas l'inclusion des microbes depuis le moment de la naissance, puis leur réveil soudain sous une influence accidentelle (*traumatisme*), nous semblerait une théorie vraiment trop élastique, bien que conforme à l'esprit général de la doctrine microbienne. On pourrait, du reste, formuler une autre réflexion à propos des recherches que nous venons de résumer: c'est qu'elles ne comportent actuellement aucune sanction curative ou même prophylactique; mais nous reconnaissons immédiatement que cette objection ne saurait diminuer la valeur de travaux comme celui de M. Lannelongue, véritables documents à l'aide desquels s'édifie lentement la pathologie de l'avenir.

P. M.

## NOTES ET INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris (liste des prix de la Faculté pour l'année 1888-1889.)

1° Legs Trémont : Le legs de 1,000 francs a été partagé entre deux étudiants.

2° Prix Barbier : Deux instruments ont été présentés.

1° 750 fr. sont attribués à M. le Dr Marage, pour son « nouveau Sphygmographe ».

2° 1,250 fr., reliquat du prix, est attribué à la bibliothèque de la Faculté.

3 Prix Châteauvillard : Huit ouvrages ont été présentés.

La Faculté a décidé d'accorder, sur ce prix, qui est de 2.000 francs :

1° 1,500 fr. à M. Le Gendre, Barette et Lepage, auteurs d'un « Traité pratique d'antisepsie ».

2° 250 fr. chacun, à MM. Legrain et Varnier;

Le premier, auteur du volume intitulé : « Hérédité et alcoolisme »;

Le second, auteur d'un travail original sur le « Détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical ».

4° Prix Corvisart : (Médaille d'or et 400 fr.) à M. F. Bordas, externe des hôpitaux.

Le sujet du concours, pour l'année 1890, est : « Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë ».

5° Prix Montyon : M. F. Bordas; « Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde ».

6° Prix Jeunesse (Hygiène) : M. le Dr Widal : « Etude sur l'infection puerpérale de la phlegmatia alba dolens ».

7° Prix Jeunesse (Histologie); MM. Thoinot et Masselin : « Précis de microbie médicale et vétérinaire ».

8° Thèses récompensées médailles d'argent : MM. Albarran, Bandouin, Bottard, Delbet, Mme Dejerine-Klumpke, Dubarry, Larrieu, Leudet, Marchal, Martha, Ménard, Pichevin, Potherat, Récamier, Widal, Wurtz.

Médailles de bronze : MM. André, Bataillard, Blondel, Cantin, Carlier, Chartier, Mlle Chopin, MM. Desmartin, Dumoret, Foureur, Gaume, Gilles, Godet, Guinon, Hillemand, Huet, Jacoby, Jarnouen De Villartay, Laure, Mantel, Pagès, Pallier, Picard, Raulin, Richard, Sebileau, Théremin, Vaucher, Weiss.

Mentions honorables : MM. Barrand, Bonnecaze, Cataliotti, Christmas-Dirckinck De Holmfeld, De La Brosse, Delbosc, Dnpont, Mlle Edwards, MM. Freulon, Gibotteau, Guinon, Huguet, Lavaux, Lefebvre, Lesage, Loris-Mélikoff, Martin, Meneault, Mery, Monnier, Morau, Piot, Plicque, Racoviceano, Rollin, Ryckewaert, Sérieux, Soca, Thibault, Valat, Yahoubian.

*Cours du semestre d'été.* — Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1890.

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon : Etude des végétaux qui intéressent la médecine. — Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie. — M. Regnauld : Généralités sur l'administration des médicaments et sur les formes pharmacentiques qu'elle nécessite. Etude spéciale des bases médicamenteuses d'origine métallique. — Mardi, jendi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Ch. Richet : Système nerveux. — Nutrition. — Mardi, jendi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Guyon : Les maladies chirurgicales du tronc. — M. Segond, agrégé, chargé de cours. — Les maladies chirurgicales des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard : Les maladies non spécifiques. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Straus : Technique microbiologique. — Maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique, 1er étage).

Hygiène. — M. Proust : De l'assainissement des villes malsaines. — Etiologie et prophylaxie des maladies par troubles de la nutrition. — Visites d'établissements industriels. — Conférences pratiques au musée et au laboratoire d'hygiène. — Mardi, jendi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Hayem : Les grands médicaments. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Médecine légale. — M. Brouardel : Le criminel. — Blessures. — Empoisonnements. — Asphyxies. — Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Conférences de médecine légales — M. Brouardel : Exercices pratiques à la Morgue. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Décision ministérielle relative a l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1890, 8 mars 1890. — A la date de ce jour, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu en 1890 dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

50 médecins-majors de 2e classe et 230 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront convoqués pour une période de treize jours, du 28 avril au 10 mai, dans les corps de de l'armée active (infanterie, cavalerie et artillerie).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaire, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de janvier dernier 111 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

43 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

58 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

10 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 96 fois ; chats, 10 foie ; chacal, 2 fois ; veau, 2 fois.

Dans un cas, la morsure a été faite par un homme atteint de la rage.

— Un comité s'est formé, sous la présidence de M. le professeur Fournier, pour élever un monument à la mémoire de Ricord.

## NOUVELLES

### AVIS

MM. les actionnaires de la *Gazette médicale de Paris* sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu au siège social le 29 mars à 5 heures.

Aux termes des statuts le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

***

— Le ministre des affaires étrangères s'est rendu lundi dernier à la Commission de l'exercice de la médecine pour s'expliquer sur la question des médecins étrangers qui voudraient pratiquer en France.

M. Spuller a déclaré qu'il était impossible d'établir d'une manière générale l'équivalence des diplômes français et étrangers, à cause de la différence de valeur des universités étrangères dont les unes confèrent des titres sérieux, tandis que d'autres en donnent qui n'ont aucune valeur.

Il faut donc soumettre les médecins étrangers à des épreuves pour contrôler leurs titres. Cependant, M. Spuller admet qu'on peut accorder des dispenses d'études, sans toutefois que ces dispenses puissent s'appliquer à l'intégralité des études.

Les conditions de ces dispenses seraient à déterminer par le Conseil supérieur de l'instruction publique.

Le ministre a ajouté que la France n'était liée à cet égard par aucun acte diplomatique et possédait son entière liberté d'action.

Enfin, il a indiqué que, comme la Commission l'avait déjà reconnu elle même, il était nécessaire de laisser librement les médecins étrangers soigner ceux de leurs compatriotes qui se rendent dans nos stations thermales et hivernales.

***

*Concours du bureau central de chirurgie.* — Est ainsi composé le jury du concours du bureau central : (deux places).

MM. Monod, Berger, Cnsco, Guyon, Verneuil, Duplay, Peter.

Les candidats an nombre de 19 sont.

MM. 1 Hartmann, 2 Broca, 3 Lavaux, 4 Walther, 5 Hallé, 6 Ménard 7 Demoulin, 8 Villemin, 9 Delbet, 10 Ch. Beurnier, 11 Lejars, 12 Albarran, 13 Potherat, 14 Guinard, 15 Garnier, 16 Rochard, 17 A. Castex, 18 Clado, 19 Séhilean.

***

*L'Ecole de médecine navale.* — La Chambre des députés a adopté le projet de loi portant création d'une école de médecine navale dans une ville, siège d'une Faculté de médecine de l'Etat.

La désignation de la ville où devra être placée l'Ecole, aura lieu avant les vacances et aucune des villes qui seront alors dotées d'une Faculté de médecine, ne sera exclue du choix à faire.

***

*Institut populaire* (mairie de Passy). — M. le Dr Pinel (petit-fils) fera le dimanche 16 mars à 2 h. et demie, une conférence sur la *Philosophie de Hirn*, appliquée à l'étude des récentes recherches sur le système nerveux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

*Nomenclature des Thèses de Doctorat soutenues devant la Faculté pendant le 1er semestre 1889-1890.*

BAUDE. — Recherches cliniques sur un point de séméiologie des affections cutanées d'origine nerveuse. — Des dermatoneuroses indicatrices.

TOUSSAINT. — Etude anatomique et étiologique du spina bifida de la région lombo-sacrée avec poche hydrorachidienne externe.

LEBOUCQ. — Recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la Pyridine.

CUISSET. — De l'antisepsie en chirurgie oculaire.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 8 MARS 1890.

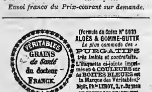
Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 4. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 250. — Autres tuberculoses, 28 — Tumeurs cancéreuses, 64. — Autres, 0. — Méningite, 51. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë 66. — Bronchite chronique, 66. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 103. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. — Biberon 32. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 32. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 10 — Autres causes de mort, 205. — Causes inconnues, 16. — Total : 1320.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.







61e ANNÉE. 7e SÉRIE. TOME VII — N° 12 — 22 MARS 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE CHIRURGICALE

PANARIS INFECTIEUX, leçon de M. le professeur DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, recueillie par M. SAOASE, interne du service.

J'ai à vous parler, aujourd'hui, Messieurs, d'une malade qui a peut-être passé inaperçue pour la plupart d'entre vous à cause de la brièveté de son séjour dans les salles.

C'était une fille de 23 ans, maigre, débilitée et paraissant avoir un âge bien plus avancé. Elle était domestique de ferme.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait deux lésions : sur la face palmaire de la phalangette du pouce de la main droite on constatait une perte de substance à peu près circulaire, d'un peu moins d'un centimètre de diamètre; les bords en étaient grisâtres, taillés à pic; le fond était formé par le périoste qui paraissait à peu près sain. La patiente n'avait pas attaché grande importance à ce panaris, qui remontait à un mois et avait été traité par des topiques émollients et une petite incision.

Il n'avait jamais été très douloureux et ne l'était presque plus à l'entrée de la malade. Pas de gonflement, aucun phénomène inflammatoire sur la main, ni l'avant-bras.

L'autre lésion dont cette personne était atteinte, était un abcès situé au niveau de la neuvième côte droite, ayant à peu près le volume d'une noix et offrant une fluctuation bien manifeste.

Plusieurs fois nous avons interrogé la malade, sans jamais obtenir de réponses bien nettes. Elle rapportait l'origine de l'état de débilité où elle se trouvait, à une fièvre thyphoïde dont elle avait été atteinte trois ans auparavant.

J'avoue que le panaris me préoccupa fort peu tout d'abord, et je me contentai de faire appliquer un pansement à l'iodoforme.

L'abcès de la paroi thoracique fixa davantage mon attention. Nous avions en ce moment dans les salles une série de malades qui présentaient au niveau du thorax des abcès manifestement tuberculeux. Me laissant peut-être influencer par ce souvenir, tenant compte en même temps du mauvais état général de la patiente, je diagnostiquai un abcès tuberculeux.

L'ouverture de cet abcès donna issue à du pus séreux, sanieux, sans mélange de grumeaux, bien différent en un mot du pus que l'on est habitué de rencontrer dans les abcès tuberculeux.

Trois jours après, nous voyions apparaître un nouvel abcès, sur la face externe du bras droit, il s'était formé très rapidement et sans être accompagné de phénomènes inflammatoires apparents.

A l'incision, il laissa écouler un pus identique à celui de l'abcès pectoral.

En présence de ce second abcès, survenu brusquement, au milieu d'un état général grave, chez une femme qui n'avait encore que 23 ans, je me demandai si je n'avais pas

## FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1).

En effet Lowe était arrivé à Glasgow en 1598. Il semble avoir été le médecin des pauvres de la ville, ainsi qu'en témoigne un contrat du 17 mars 1599 trouvé aux archives de la ville, il paraît avoir été professeur et examinateur et s'occupe, à coup sûr d'une réforme dans l'enseignement médical, il cite souvent avec éloges le collège de chirurgie de Paris, et souhaiterait en voir un semblable à Glasgow. Il est déjà chirurgien du roi Jacques VI et premier chirurgien du prince héritier, car ces titres lui sont donnés dans le privilège ou charte de 1599 qui le charge avec l'assistance de Robert Hamilton, professeur de médecine, de la haute surveillance de la médecine et de la chirurgie dans l'ouest de l'Ecosse.

La Faculté de Glasgow ne fonctionna cependant que deux ans après, son fondateur ayant dû accompagner en France, l'ambassade du duc de Lennox. Il y a lieu de remarquer que Lowe, quoique nommé le premier dans la Charte, ne fut jamais président ni doyen de la faculté. Il dut se borner conjointement avec ses adjoints, à surveiller la pratique de la chirurgie et de la médecine et à examiner les candidats qui souhaitaient ce droit de pratique. La médecine légale leur était également confiée, et la pharmacie placée sous leur surveillance. La Charte de 1599 en leur donnant les droits précités, les exempte des charges publiques, et les oblige seulement à donner, gratis, des soins et des conseils aux pauvres.

Marié à la fille de David Weems, le premier ministre presbytérien, après la réformation, et qui fut plusieurs fois recteur de l'université de Glasgow, Lowe eut un fils qui fut membre de la faculté des médecins, sans que l'on soit bien certain qu'il ait été médecin ni chirurgien, le *membership* pouvant être accordé, en ce temps-là, à des personnes notables, en dehors de la profession médicale. Enfin, la date précise de la mort de Peter Lowe, n'est guère mieux connue, que la date de sa naissance. L'on a tout lieu de croire qu'elle ne peut être placée en 1612, comme plusieurs l'ont dit. Le Dr Finlayson, très compétent, est obligé de se borner à dire, que cette date doit se trouver, entre le 20 décem-

(1) Voir le numéro du 8 mars.

affaire à une périostite phlegmoneuse; mais les abcès de la périostite sont développés entre l'os et le périoste et ceux de notre malade étaient extérieur au périoste. Il ne s'agissait donc pas d'une périostite.

Quatre jours plus tard, apparition d'un troisième abcès sur la partie inférieure de la face externe de la cuisse droite. Je l'ouvris, et le pus était en tout semblable à celui des deux premiers abcès.

La température, prise régulièrement à ce moment, présenta ces grandes oscillations que l'on observe dans la pyohémie, et je finis par m'apercevoir que notre malade était atteinte d'une pyohémie, consécutive à son panaris, car nous ne trouvions nulle part aucune autre porte d'entrée.

Mon excellent maître Verneuil a signalé dans ses cliniques le panaris infectieux et M. Vanqueret en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale.

La patiente ne tarda pas à présenter les signes d'une adynamie extrême, du délire, une gêne très grande de la respiration, et elle finit par succomber.

L'autopsie faite par M. le professeur Kiener a permis de constater qu'il s'agissait d'une pyohémie à aspect anormal.

Les trois abcès étaient véritablement pyohémiques; leurs parois, très irrégulières, anfractueuses, offraient une teinte noirâtre. Pas de collections purulentes, ni d'infarctus dans les viscères; pas de pus dans les articulations. Quelques tubercules dans les poumons.

Du côté du pouce, nous avons trouvé purement et simplement un peu d'épaississement du périoste de la phalangette, et, en fendant cet os, un peu de médullite, mais sans suppuration. Absolument rien à la main et à l'avant-bras ni du côté des veines, ni dans les gaines.

Ce cas est particulièrement intéressant à cause de la marche insidieuse de la maladie. Quand un panaris est suivi de fusées purulentes à la main, à l'avant-bras, on est porté à redouter l'éclosion de la pyohémie, mais en présence d'une lésion aussi restreinte, aussi bien retentissante que celle que nous avons eue sous les yeux, on a, je crois, quelque droit à l'indulgence si l'on méconnaît tout d'abord l'existence de cette terrible complication.

## ORTHOPÉDIE

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans leurs rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques,

Par P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Depuis que nous recherchons avec soin les causes des déviations du rachis, nous avons été frappé par le nombre très considérable de sujets atteints de scolioses on de déformations thoraciques et qui présentaient en même temps de l'obstruction nasale.

Nous avions songé au début à une simple coïncidence, mais nos observations nous ont bientôt démontré qu'il existait une relation de causalité bien évidente.

Nous avons pu recueillir pendant ces dernières années 21 observations sur ce sujet qui nous permettront d'établir les conclusions de notre mémoire.

Les déformations thoraciques, signalées depuis longtemps par Dupuytren, Robert, Cooper Forster, Coulson, M. Warren, à la suite de l'hypertrophie des amygdales, sont bien connues, aussi insisterons-nous peu sur ce point. Nous avons remarqué cependant que la déformation thoracique est surtout due à l'obstruction nasale par des tumeurs adénoïdes, qui accompagnent presque toujours l'hypertrophie amygdalienne.

Dans ces cas, la poitrine est profondément modifiée dans sa forme, elle est bombée, rétrécie à sa partie inférieure, excavée sur ses parties latérales, présentant vers le milieu de sa hauteur deux sillons transversaux dus à la dépression et à l'enfoncement de la partie moyenne des côtés.

Le diamètre antéro-postérieur de la poitrine augmente, tandis que le diamètre transverse diminue, surtout à la base de la poitrine.

La dépression, signalée par Robert, au tiers inférieur du sternum, est très fréquente.

Toute la cage thoracique paraît, chez certains sujets, avoir subi un arrêt de croissance, et il existe un contraste frappant avec le développement des autres régions.

A côté de ces déformations, un certain nombre de déviations du rachis (scolioses, cyphoses) reconnaissent aussi pour cause les obstructions nasales.

Aucun auteur n'a, croyons-nous, signalé cette coïncidence.

---

bre 1612 et avant le commencement de 1614. Le 20 décembre 1612 est la date d'une préface signée par Peter Lowe, en tête de la 2e édition de son livre sur la chirurgie, livre imprimé à Londres, et paru avec la date de 1612. Or les communications entre Glasgow et Londres étaient en ce temps-là, très lentes, et l'ouvrage n'a pas été imprimé assez vite, pour que l'on n'ait pas eu le temps de connaître sa mort. D'autre part, on a lieu de penser que sa veuve a dû se remarier plus tard, au commencement de 1614, puisqu'un enfant de son deuxième mariage est né le 11 janvier 1615. C'est donc pendant l'année 1613, ou à la rigueur, jusqu'au commencement de 1614, qu'il faut placer la mort de Peter Lowe, et si je me suis arrêté un peu longuement sur ce sujet, c'est parce que je sais qu'un certain nombre de mes lecteurs possèdent des autographes ou des livres, qui peut-être pourraient fixer la date cherchée.

Je voudrais également appeler leur attention sur un ouvrage également des plus rares dû au fondateur de la faculté de Glasgow. En voici le titre :

THE
Booke of the presages
of deuyne Hypocrates
Deuyded into three partes. Also the protestation which *Hyppocrates caused his schollers to make.*
The whole newly collected.
and Translated by Peter Low
*Arellian Doctor in the facultie of chirurgerie*
in Paris.
at London
Printed by *Thomas Purfoot*

Ce livre qui est presque toujours joint à la *chirurgerie* quoique paginé à part, est une traduction de l'ouvrage de Jean Canappe : *opuscules de divers autheurs médecins*, etc., Lyon 1552. Canappe, l'un des premiers médecins qui aient écrit en français, se serait servi de la traduction de Rabelais, et comme il existe quelques différences entre le texte de Canappe et celui de Lowe, il se pourrait que ce dernier se fut reporté parfois au texte grec. Il y a quatre éditions des *Presages*, comme il y a quatre éditions de la *chirurgerie*, mais à l'exception de la première, il y a des différences dans les dates d'impression, et dans celles des préfaces.

Mais ce qui va suivre est plus important pour les chercheurs,

Dans son mémoire sur *le Gonflement chronique des amygdales de l'enfant*, Robert dit : « La colonne vertébrale est peu altérée». On trouve dans les thèses ou mémoires sur les tumeurs adénoïdes, un certain nombre d'observations de scolioses chez des sujets présentant de l'obstruction nasale, mais les auteurs n'ont vu dans ces cas qu'une simple coïncidence. Seules les déformations vulgaires du thorax ont été rattachées à des lésions du pharynx, à l'hypertrophie des amygdales et encore leur véritable cause, l'obstruction nasale principalement par les tumeurs adénoïdes, n'a été indiquée que par quelques observateurs.

La cyphose dorsale, d'après nos études, est très fréquente chez les sujets atteints d'obstruction nasale, elle s'accompagne généralement de déformations thoraciques, avec dépression très marquée dans les creux sus-claviculaire, projection en avant des épaules, ensellure lombaire très prononcée.

Les scolioses dorsales, sans être aussi fréquentes, s'observent cependant souvent. Ce sont ces faits peu connus qui nous paraissent devoir intéresser le praticien.

Ces scolioses présentent les caractères suivants : elles sont en général peu prononcées, toujours dorsales, plus fréquentes chez les femmes et siégeant généralement du côté droit. Dans nos neuf observations de scolioses, deux seulement sont des scolioses dorsales gauches, deux ont été observées chez des garçons. Leur courbure, d'abord unique, puis principale, est longue et ne s'infléchit fortement en son milieu qu'à une période avancée. Elles sont toujours accompagnées de déformations thoraciques; le thorax est rétréci, un des côtés moins saillant, en avant et en arrière, avec dépression latérale, et déformation légère des côtes, abaissement peu marqué de l'épaule.

L'évolution de ces scolioses est lente et elles n'atteignent généralement pas un développement exagéré.

Elles apparaissent et augmentent pendant l'adolescence (l'âge de nos malades est compris entre 12 et 17 ans), principalement au moment de la croissance. Elles se montrent surtout chez les sujets délicats, débilités, affaiblis par l'obstruction nasale. Elles peuvent s'améliorer ou rester stationnaires, lorsque le sujet a grandi et a terminé sa croissance.

A l'inverse des scolioses d'origine nasale, les déformations thoraciques s'observent au contraire beaucoup plus communément pendant l'enfance.

Les cyphoses, les scolioses que nous étudions, se montrent généralement lorsque l'obstruction nasale est très accentuée lorsque les tumeurs adénoïdes, ayant lentement grossi, arrivent par leur volume ou leur inflammation à obstruer complètement le pharynx et à supprimer la respiration nasale.

L'inflammation d'une certaine durée de la muqueuse pharyngo-nasale chez des sujets atteints de lésion chronique de cette région favorise l'apparition de la déviation du rachis. Dans plusieurs de nos cas, nous notons que la déviation n'est apparue qu'à la suite d'une inflammation violente de quelques jours, ayant obstrué plus complètement la région nasale de sujets atteints cependant depuis longtemps de végétations adénoïdes qui ne s'accompagnaient pas, avant cette poussée inflammatoire, de complications fâcheuses.

Les différentes difformités signalées peuvent se combiner ou exister chez le même sujet.

Voici la marche habituelle de l'affection. Pendant l'enfance, le sujet atteint d'obstruction nasale, présente de la déformation thoracique, puis de la cyphose et enfin au moment de la croissance, de 11 à 16 ans, apparaît la scoliose.

Nous avons pu suivre cette évolution chez une de nos malades dont nous résumons l'observation intéressante à plusieurs points de vue.

Mlle M. B..., âgée de 13 ans, d'une santé assez délicate, nous est présentée avec une poitrine déformée, léger sillon sur les parties latérales, dépression sternale inférieure, la croissance se fait mal, il existe de la pâleur, de la maigreur et de la faiblesse. La respiration nasale est gênée, la malade respire la nuit, la bouche ouverte, etc. Les amygdales sont très hypertrophiées.

Nous enlevons les amygdales et conseillons un traitement général et des exercices gymnastiques appropriés.

Nous examinons de nouveau la malade au bout de trois mois et nous constatons que nous n'avons obtenu aucun résultat satisfaisant; il existe au contraire de la cyphose que nous n'avions pas notée lors de notre premier examen.

Au bout de deux mois, la cyphose a fait des progrès, et nous trouvons un commencement de scoliose dorsale droite très nette et prononcée. L'épaule gauche est abaissée, il existe une saillie manifeste des côtes à la partie postérieure droite du thorax. Flèche : 0,1 cent., avec dépression marquée de la région thoracique gauche.

Nous interrogeons les parents de la malade qui nous disent

---

Peter Lowe, dans ses livres imprimés, parle d'autres ouvrages, qu'il a rédigés certainement, puisqu'il s'y reporte à chaque instant, et qu'il a l'intention de publier, dit-il. Ces ouvrages sont : un livre sur la peste qui sévissait alors en Écosse (*Booke of the Plague*), un traité d'accouchements et de maladies des femmes (*A Treatise on Parturition*) et un guide pour les pauvres (*The poore Man's Guide*), M. Finlayson, n'a aucun indice sur la publication des deux premiers ouvrages, mais il ne lui paraît pas téméraire de croire à la publication du dernier, quoiqu'on ne l'ait jamais rencontré jusqu'alors et dans tous les cas, l'on pourrait presque reconstituer une partie de ces ouvrages, à l'aide des renvois indiqués par l'auteur dans ses œuvres imprimées, et M. Finlayson, bien préparé, pourrait aisément nous donner un résumé des ouvrages inédits de Lowe, qui, à coup sûr, offrirait un certain intérêt. Lowe est l'inventeur de beaucoup de poudres et d'électuaires, ainsi : un *onguentum apostolorum*, une *puluis indicus*, une *puluis neapolitanus*, une *Arabick powder*, une *puluis tartarianus*, un *emplaster veneticum*, etc. Il y a de tout dans son Guide, même une recette pour embaumer ! Enfin; chose inattendue, il y serait question de la lithotomie, et dans la seconde édition de la *Chirurgerie* (1612), il renvoie à cet égard à son *Poor Man's Guyde* ! Ceux de nos confrères bibliophiles qui pourraient mettre sur la trace d'une édition possible de ce *Guide*, à laquelle Peter Lowe se réfère à chaque instant seraient donc bien accueillis.

Le titre de *docteur de la faculté de chirurgerie de Paris* qui suit le nom de Lowe devait étonner ses commentateurs, et lui ont contesté ce titre. Astruc, par exemple. Mais Astruc était de ceux qui ont toujours guerroyé contre les chirurgiens, et comme ces derniers ont souvent revendiqué pour leur corporation, le nom de faculté, ainsi qu'en témoignent les disputes du temps, il n'y a rien de bien extraordinaire à ce que Lowe ait pris à la fois, le titre de docteur et celui de maître.

Ainsi il n'est pas douteux que le collège de chirurgie se soit désigné, et non pas indifféremment, collège ou faculté. Le nom des corporations variait selon le temps, et n'avait pas fait l'objet d'une loi spéciale. Celle des chirurgiens fut successivement appelée : confrérie, communauté, collège. Des ordonnances royales, lettres patentes, arrêts du parlement s'expriment souvent comme suit : « *A nos chers et bien amez les professeurs de notre collège et faculté de chirurgie...* » Les ordonnances et lettres

que depuis notre amygdalotomie, leur enfant respire mieux, mais qu'il y a encore de l'obstruction nasale; la respiration se fait toujours par la bouche, la nuit.

Nous songeons alors à examiner le pharynx nasal et nous constatons la présence de volumineuses tumeurs adénoïdes.

Mon collègue Ménière fait disparaître ces tumeurs et au bout de six mois, nous constatons que la colonne vertébrale a repris sa position normale, la cyphose s'est améliorée, la poitrine s'est développée, l'état général est devenu excellent.

L'obstruction nasale, observée chez nos malades, est causée le plus souvent par des tumeurs adénoïdes, principalement dans les variétés compliquées d'inflammation chronique des muqueuses voisines.

Viennent ensuite par ordre de fréquence :

L'hypertrophie nasale avec rhinite chronique, ozène.

La déviation avec hypertrophie de la cloison.

Le rétrécissement osseux de l'orifice postérieur des fosses nasales.

Les malformations de la charpente du nez.

Quelques-unes de ces affections accompagnent les tumeurs adénoïdes.

L'hypertrophie des amygdales ne nous paraît jouer qu'un rôle secondaire dans l'apparition des déformations thoraciques et les déviations du rachis. Les tumeurs adénoïdes produisent bien plus efficacement que l'hypertrophie amygdalienne l'obstruction nasale.

Si Dupuytren, Robert, en 1828 et 1843 avaient exploré l'arrière-cavité des fosses nasales de leurs malades, ils auraient certainement trouvé une obstruction du pharynx nasal par des tumeurs adénoïdes et ils auraient rattaché à leur véritable cause les déformations du thorax qu'ils décrivaient.

Dans quelques-unes de leurs observations, ces auteurs s'étonnent que l'ablation des amygdales n'améliore nullement la respiration de leurs malades. Dupuytren cite plusieurs cas dans lesquels son intervention chirurgicale n'a eu aucun résultat. Ces faits ne démontrent-ils pas que l'obstruction du pharynx et du nez, chez ces malades comme chez les nôtres, n'était pas due aux amygdales, mais bien à des tumeurs adénoïdes cachées et que les anciens chirurgiens de cette époque, privés de nos notions actuelles, ne pouvaient voir et traiter?

Dans quelques-unes de nos observations, en particulier dans celle que nous citons plus haut, l'ablation des amygdales n'avait produit aucune amélioration, les déformations rachidiennes s'accentuaient, et ce n'est qu'après l'extirpation des végétations adénoïdes que l'amélioration, puis la guérison, se produisaient.

Dans quelques cas exceptionnels d'hypertrophie volumineuse des amygdales, sans complication de tumeurs adénoïdes, il existait du nasonnement et quelques autres troubles légers. Mais la circulation aérienne se faisait bien dans la région nasale. Il n'existait pas non plus chez ces sujets de déformation thoracique ou vertébrale.

Il résulte de ces faits qu'il faut toujours, lorsqu'on se trouve en présence de déviations du rachis ou de déformations du thorax, examiner la gorge. S'il existe de l'hypertrophie des amygdales, le traitement de cette affection ne suffit pas. Il faut explorer l'arrière-gorge et rechercher les végétations adénoïdes. Il faut d'abord traiter ces végétations, c'est en effet de cette cure que dépendra la guérison des difformités.

La preuve que les difformités que nous étudions sont bien sous la dépendance de l'obstruction nasale et non une simple coïncidence, est fournie par les résultats du traitement.

La guérison ou l'amélioration des déformations thoraciques, des cyphoses et scolioses, survient en effet assez rapidement *dès que les fosses nasales sont désobstruées*.

L'examen de nos observations démontre très nettement la relation de causalité que nous signalons.

Dans six de nos observations (sur 9 cas), la scoliose étant cependant d'une certaine importance, le redressement parfait a été obtenu en moyenne au bout de quatre à six mois; un de nos malades n'a pas voulu suivre le traitement de son affection nasale; l'autre, une jeune fille de 17 ans, atteinte d'une scoliose importante est encore soumise à un traitement gymnastique spécial depuis six mois, elle est très améliorée, liorée, la poitrine s'est notablement développée.

Le traitement de l'affection nasale ne retentit pas seulement sur le thorax et le rachis, mais sur l'état général qui s'améliore rapidement.

Nous ne recommandons généralement à nos malades des exercices gymnastiques spéciaux que lorsque l'affection du pharynx ou du nez est complètement guérie. Ces exercices sont destinés à développer les muscles respiratoires, les muscles du dos et des lombes, à augmenter la capacité respiratoire.

---

de 1609, 1611, 1614, 1622, 1644, les arrêts de 1341, 1355, etc., ont inscrit ce mot *faculté*. Il en est de même du titre de docteur. En médecine comme en chirurgie, il a été synonyme de maître. Peter Lowe lui-même prend l'un et l'autre de ces deux titres Je dois ajouter que je n'ai pas retrouvé la date de réception ou d'agrégation de Lowe, et que mon excellent collègue, le Dr Corlieu, très au courant de l'histoire ancienne de la médecine, ne l'a pas rencontré davantage. Dans son *Index funereus*, Devaux enregistre la mort de Lowe (sous le nom de Petrus Louvet, Scotus), sans autre indication.

En terminant cette analyse, je ne saurais trop féliciter M. le Dr Finlayson de son érudition et du grand soin avec lequel il a rédigé cette monographie. C'est d'ailleurs un livre de luxe, sur beau et bon papier de Hollande, en caractères elzéviriens, avec portrait gravé, dessins et *fac simile*. Je compte bien, pour le remercier de son attention, lui envoyer encore quelques éclaircissements, au sujet des points douteux qu'il signale.

Dr A. Dureau.

Académie des Sciences. — *Nominations.* — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux candidats qui doivent être présentés à M. le Ministre de l'Instruction publique, pour la chaire de Chimie appliquée aux corps organiques, actuellement vacante au muséum d'Histoire naturelle.

Au premier tour de scrutin, destiné au choix du premier candidat, le nombre des votants étant 41,

M. Arnaud obtient............... 35 suffrages
M. Maquenne obtient............. 5 »

Au second tour de scrutin, destiné au choix du second candidat, le nombre des votants étant 40, ...

M. Maquenne obtient............. 40 suffrages

En conséquence, la liste présentée par l'Académie à M. le Ministre de l'Instruction publique comprendra :

*En première ligne*............... M. Arnaud
*En seconde ligne*............... M. Maquenne

Comment l'obstruction nasale est-elle la cause des difformités que nous étudions?

Le tirage chronique observé à la suite de l'obstruction nasale, nous paraît expliquer les déformations thoraciques. Ce tirage retentit, en effet, d'une façon énergique sur la poitrine qui ne peut se dilater, s'élargir et qui se déforme.

Les contractions des diaphragmes dans ces cas paraissent, ainsi que l'a indiqué Lambron, joner un rôle important.

Les cyphoses, les scolioses d'origine nasale sont, d'après nos observations, consécutives à ces déformations thoraciques. L'état de débilité, d'affaiblissement musculaire dans lesquels se trouvent les malades atteints d'insuffisance respiratoire par obstruction nasale, contribue aussi pour une large part au développement de ces difformités. La plupart de nos sujets ont commencé par présenter des déformations thoraciques, bientôt suivies de cyphose et de scoliose. Si la scoliose se montre chez nos sujets, vers l'âge de 12 à 16 ans, au moment de la croissance, cela nous paraît tenir au surcroît brusque d'activité organique, qui se produit à ce moment au niveau du rachis et du thorax, — chez des sujets affaiblis par de l'insuffisance respiratoire ou chez lesquels l'obstruction nasale est devenue plus complète.

Les déformations thoraciques et du rachis que nous décrivons ne présentent aucun des caractères du rachitisme que nous avons toujours recherchés avec le plus grand soin, et qui n'existent pas chez nos malades.

Comme conclusions de nos recherches nous dirons :

1° L'obstruction nasale est une cause très fréquente de cyphose, scoliose, déformation thoracique.

2° Les scolioses d'origine nasale, sont, en général, dorsales, à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme, accompagnant des déformations thoraciques importantes, apparaissant et se développant surtout pendant l'adolescence, *au moment de la période de croissance*, à la suite d'inflammation d'une certaine durée des muqueuses des voies respiratoires supérieures.

3° Les déformations thoraciques observées doivent être bien plutôt rattachées à l'obstruction nasale, principalement par tumeurs adénoïdes, qu'aux hypertrophies des amygdales.

4° L'obstruction nasale est causée le plus souvent par les tumeurs adénoïdes et leurs diverses variétés.

5° Le traitement de l'obstruction nasale améliore très rapidement certaines formes de cyphoses, scolioses et des déformations thoraciques.

## REVUE DES JOURNAUX

### TRÉPANATION ET CHIRURGIE DU CERVEAU.

I. — ÉPILEPSIE CORTICALE CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DU CRANE. TRÉPANATION UN AN APRÈS L'ACCIDENT. CESSATION DES ATTAQUES, par le Dr A. KOEHLER. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1889, n° 46, p. 942.

II. — APHASIE SYMPTOMATIQUE D'UN ABCÈS DU CERVEAU ; TRÉPANATION. GUÉRISON, par les Drs A. SÆNGER et C. SICK. *Ibidem*, 1890, n° 10, p. 186.

III. — UN CAS D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ; TRÉPANATION. GUÉRISON, par le Dr Herbert ALLINGHAM. *British medical Journal*, 1889, n° 1477, p. 887. Analysé in *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 35, p. 618.

IV. — SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS, par le Dr SHAW. *British medical Journal*, 16 novembre 1889.

*Idem*, par J. BATTY TUKE. *Ibidem*, 4 janvier 1890.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Depuis la vulgarisation des procédés antiseptiques de pansement, il s'est passé pour la trépanation même chose que pour beaucoup d'autres opérations ressortissant à la grande chirurgie. La trépanation, grâce au concours de l'antisepsie, est devenue une opération relativement inoffensive ; du même coup, le champ de ses indications s'est considérablement élargi, non seulement du fait de l'audace croissante des chirurgiens, mais grâce aussi à la découverte des localisations cérébrales. Depuis quelques dix ans, on ne se contente plus de trépaner pour remédier à une lésion de la paroi cranienne ou enlever un caillot de sang déposé entre cette paroi et les méninges. On a porté l'instrument tranchant sur la substance même du cerveau, dans l'espoir de faire cesser des accidents attribuables à une lésion en foyer, dont on croit pouvoir localiser le siège précis.

Des succès retentissants ont été obtenus dans cette voie nouvelle, il me suffira de rappeler les communications faites à l'Académie de médecine, dans le courant de l'année dernière, par MM. Péan et Ballet, Lucas-Championnière, Lépine. Ceux qu'intéresse particulièrement cette question trouveront dans deux thèses, citées à la fin de cet article, un exposé de l'ensemble des efforts tentés dans cette voie. Ces deux documents contiennent un certain nombre d'observations inédites, fournies par des chirurgiens français. Voici, d'autre part, des observations plus récentes, publiées à l'étranger.

I. — Une première observation, de Kœhler, a trait à un cas d'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique, où la guérison a été obtenue à la suite d'une trépanation tardive.

Le sujet est un homme de 33 ans, qui avait reçu un coup de sabre sur la tête, le 5 mai 1888. L'os pariétal gauche avait été entaillé d'avant en arrière, sur une longueur de 10 centim. ; il n'y avait point de dépression appréciable de l'os, au niveau de l'entaille. En fait d'accidents consécutifs on notait : de la parésie du bras droit et du facial inférieur, des troubles dysarthriques, de la déviation de la langue à droite et des secousses convulsives dans les muscles parésiés, pendant les cinq premiers jours seulement.

La plaie cranienne se cicatrisa par première intention. A sa sortie de l'hôpital (6 juin), le malade présentait encore un certain degré de parésie de la main droite, et une légère déviation de la langue à gauche. Puis, cinq semaines plus tard, il fut pris d'une première attaque épileptiforme ; cette attaque se reproduisit au bout de six semaines, et ensuite toutes les quatre ou cinq semaines. Les secousses clonsiques agitaient la main, le bras, la nuque, le visage, la jambe du côté droit, souvent elles s'accompagnaient de perte de la connaissance et envahissaient le côté gauche dans l'ordre inverse de celui qui vient d'être dit, pour aboutir finalement à des convulsions généralisées.

La dernière attaque avait eu lieu le 20 mai 1889. Deux jours plus tard, le malade se fit réadmettre à l'hôpital. Le 7 juin, on lui fit la trépanation, après s'être assuré que le trajet de la cicatrice correspondait à peu près au sillon central, que par sa partie supérieure elle était opposée à la circonvolution centrale antérieure, et par sa partie inférieure à la circonvolution centrale postérieure.

Avec le ciseau, on pratiqua, à la partie moyenne de la cicatrice, une ouverture de la grandeur d'un haricot. A ce niveau, l'os n'avait pas plus de 6 millim. d'épaisseur. A travers l'ouverture élargie, on put reconnaître que la dure-mère

était adhérente à la paroi osseuse; celle-ci était épaissie, garnie à sa face interne de prolongements qui atteignaient jusqu'à 16 millim. de longueur, sans perforer la dure-mère. A ces enostoses adhéraient, par places, les fragments de la lame vitrée, concourant à déprimer la dure-mère. On enleva avec le ciseau toute la portion de paroi cranienne, couverte de saillie et de rugosités. Il en résulta une solution de continuité qui mesurait 4 centimètres d'avant en arrière et 3 centimètres dans le sens transversal. L'opération dura en tout deux heures. La plaie fut lavée au sublimé et garnie d'un tampon iodoformé. La cicatrisation s'est faite par première intention.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a éprouvé des douleurs de tête obtuses. A peine pouvait-il tenir une plume; son écriture était celle d'un paralytique, mais au bout de trois mois, elle était redevenue régulière. Pendant les deux premiers mois, le patient a eu des tremblements fibrillaires de la main, qui ne se sont plus reproduits ensuite. Enfin, quatre mois s'étaient écoulés depuis l'opération, sans une seule attaque épileptiforme; il subsistait encore une certaine gêne dans l'exécution des mouvements délicats de la main, un peu de ralentissement de la parole, et une légère déviation de la langue à droite. L'examen ophtalmoscopique ne dénotait rien d'anormal; or, précédemment, on avait constaté les signes d'un œdème de la papille, à gauche.

Dans les réflexions dont il a fait suivre cette observation, l'auteur fait ressortir que peu de temps après le traumatisme les signes d'une lésion en foyer s'étaient dissipés, que dès lors, il ne paraissait pas y avoir lieu, à ce moment, d'intervenir par la trépanation; qu'il n'y a pas à méconnaître d'ailleurs que l'évolution du cas eût été vraisemblablement toute autre si, dès le début, on avait enlevé les saillies osseuses qui comprimaient certains territoires de la zone motrice. Relativement à la technique opératoire, Kœhler explique pourquoi, dans ce cas, il a cru se servir exclusivement du ciseau et renoncer à l'emploi du trépan, et pourquoi il s'est borné à exciser un fragment de la paroi cranienne, sans toucher à la région de la zone motrice, dont l'irritation était le point de départ des accès convulsifs. Cette seconde opération serait indiquée si la guérison des accidents épileptiformes devait ne pas se maintenir.

II. — Il existe déjà quelques observations d'abcès du cerveau, consécutif à une otite moyenne, où l'intervention opératoire est venue à bout des accidents en rapport avec la collection de pus formé dans la substance cérébrale.

L'observation de Sænger et Sick se rattache à cette catégorie de faits.

Le sujet de cette observation, un négociant, âgé de 52 ans, était entré à l'hôpital de Hambourg, le 2 avril 1889; il avait le facies d'un homme qui ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Tirer de lui des renseignements précis sur son passé fut chose impossible. Le malade attirait sans cesse l'attention de ceux qui l'entouraient sur le côté gauche de la tête et sur l'oreille de ce même côté. Il parlait très vite, et ses paroles étaient en partie inintelligibles. Sa mimique toutefois laissait deviner qu'il éprouvait de vives souffrances dans l'oreille gauche. Le pavillon de cette oreille et les parties avoisinnantes étaient rouges et tuméfiées. L'enflure se continuait dans le conduit auditif externe, d'où s'écoulait un peu de pus fétide. La veille, on avait relevé chez le patient une température axillaire de 38°. Le jour de l'entrée du malade, celui-ci était sans fièvre. Le pouls était relativement lent, régulier, fort. L'abdomen était un peu déprimé. Le malade était très constipé.

Pendant les quatre premiers jours que le malade passa à l'hôpital, son état ne subit pas de modification sensible; tout au plus la tuméfaction de l'oreille externe avait-elle un peu diminué, et par suite la membrane du tympan était plus accessible à l'inspection. Il n'y avait pas de fièvre, mais le ralentissement du pouls était plus prononcé (48 à 56); la constipation était toujours opiniâtre. Un examen très attentif du malade fit constater ce qui suit :

Le sujet était indifférent à ce qui se disait et à ce qui se passait autour de lui. Quand on l'invitait à parler, il prononçait des paroles souvent incohérentes, et qui n'avaient aucun rapport avec ce qu'on lui demandait. Il semblait qu'il fût sourd. De plus, il lui était impossible de désigner par leur nom les objets qu'on lui présentait; il les désignait par une périphrase. Une clef, par exemple, était appelée : la chose avec laquelle on ouvre, etc. Bref, il s'agissait de cette forme d'aphasie, que Kussmaul a qualifiée de sensoriale, et qui, d'après Wernicke, serait sous la dépendance d'une lésion du tiers postérieur de la première circonvolution temporale gauche. En faveur de l'existence d'une lésion en foyer on pouvait invoquer d'autres phénomènes notés chez le malade : le ralentissement du pouls, la céphalalgie localisée dans le côté gauche, les vomissements, la constipation opiniâtre. De plus, l'examen ophtalmoscopique fit constater l'existence d'un œdème de la papille; enfin, le 6 août, on remarqua qu'il était survenu une parésie faciale bien nette, à gauche, et une parésie de la main de ce même côté.

Les renseignements fournis par la femme du malade ne laissaient aucun doute sur la préexistence d'une otorrhée chronique de vieille date, qui avait subi une exacerbation, peu de temps auparavant. Le malade était robuste, indemne de toute tare dyscrasique. Toutes les probabilités étaient donc en faveur d'une carie du rocher, consécutive à l'otite moyenne, et ayant entraîné à sa suite un abcès du lobe temporal gauche.

Une opération fut décidée et eut lieu le 8 août. Après ablation, avec le ciseau, d'un fragment du temporal, mesurant 6 centimètres sur 5, on mit à nu, à la face interne de ce même os, une couche de pus concrété. La dure-mère était intacte à ce niveau. Après incision de cette membrane, on pratiqua une ponction exploratrice dans le tiers postérieur de la première circonvolution temporale. On retira du pus. L'abcès fut incisé, et on évacua environ une cuillerée à bouche de pus concrété. La cavité fut drainée et la plaie pansée à l'iodoforme. Je passe sur les détails. L'intéressant sera de savoir que le patient s'est complètement rétabli, à cela près qu'il est resté sourd de l'oreille gauche. Il a été revu le 5 décembre dernier. Depuis l'opération, il n'avait eu que deux fois une céphalalgie passagère. Il parlait correctement, comprenait bien ce qu'on lui disait et répondait sensément; il savait de nouveau désigner les objets par leur nom. Plus le moindre trouble aphasique. Plus de trace de parésie faciale. La pression de la main développait une égale force à droite et à gauche. Tout au plus la mémoire était-elle un peu affaiblie.

III. — Un homme de 40 ans, tombé, en état d'ivresse, du haut d'un tramway, fut transporté à l'hôpital, aussitôt après l'accident. Il se plaignait de douleurs dans l'épaule gauche, mais il ne portait aucune trace apparente d'un traumatisme extérieur.

Le lendemain, le malade se plaignait de souffrir dans le côté droit de la tête. On ne constatait aucun signe de paralysie; pas de vomissements. Au cinquième jour, la respiration devint stertoreuse; le patient était indifférent à ce qui se passait autour de lui. Le jour suivant, il fut pris de convulsions qui

débutèrent par les muscles du côté gauche de la face, pour se propager aux muscles des paupières et à ceux de la nuque. Ces accès convulsifs se renouvelèrent un grand nombre de fois.

Le huitième jour après l'accident, M. Allingham trépana le patient. Le crâne fut ouvert dans la région qui correspondait au sillon de Rolando. On mit à nu la branche postérieure de l'artère méningée. Ce vaisseau était intact, mais la dure-mère faisait saillie et on ne percevait point de battements à ce niveau. Une incision pratiquée dans cette membrane mit à jour un caillot de sang, de près de 3 onces, que l'opérateur enleva avec le doigt et sous un filet d'eau. Au-dessous du caillot, la substance cérébrale présentait les traces d'une compression intense, et en un point du lobe frontal elle était ramollie. La plaie fut désinfectée avec soin, et avant de la refermer, l'opérateur y introduisit deux drains à demeure. Le lendemain, le malade eut encore un accès convulsif, limité à la face; il reprit bien vite connaissance. Les membres du côté gauche, qui étaient contracturés avant l'opération, revinrent à l'état normal. Bref, le malade s'est entièrement rétabli.

IV. — Les faits de M. Shaw et de M. Batty Tuke nous transportent dans le domaine de la fantaisie chirurgicale, car ces deux opérateurs n'ont pas craint de recourir à la trépanation dans des cas de paralysie générale, où, par conséquent, on se trouve aux prises avec une lésion diffuse du cerveau, encore mal connue.

M. Shaw est parti de cette idée, que la paralysie générale des aliénés est en rapport avec les lésions inflammatoires qui entraînent l'œdème de l'écorce grise, et, par suite, un accroissement de la pression intra-cranienne, que remédier à cet accroissement de pression constitue un moyen rationnel de calmer un certain nombre de manifestations de la maladie. Donc, le 28 juillet de l'année dernière, il a trépané un paralytique général. Après avoir pratiqué dans la moitié droite du crâne, à deux pouces de la ligne médiane, une ouverture longue de 1 pouce 1/2 et large de 3/4 de pouce, il a excisé la dure-mère à ce niveau et donné issue à une quantité assez notable de liquide sous-arachnoïdien. La plaie opératoire, convenablement pansée, s'est cicatrisée en quelques jours. A la suite de l'opération, la dysphagie et l'embarras de la parole s'étaient améliorés, les idées de grandeur s'étaient évanouies, le malade n'avait plus eu d'accès paralytiques, il n'éprouvait plus de céphalalgie, il retenait ses urines et ses matières.

L'observation de Batty Tuke concerne un homme qui présentait, depuis peu, un ensemble de symptômes se rapprochant de celui de la paralysie générale des aliénés. M. Batty Tuke se décida à trépaner ce malade, dans cette même idée qu'une diminution de la pression intra-cranienne exercerait une influence salutaire sur l'état psychique du sujet. Le crâne fut ouvert de chaque côté, en avant et au-dessus de la tubérosité pariétale. Immédiatement après l'opération, un changement très prononcé se produisit dans l'état du malade qui devint beaucoup plus calme et eut pour la première fois conscience qu'il se trouvait dans une maison de santé. Il fut en outre débarrassé de ses maux de tête et de ses hallucinations. Malheureusement, cette amélioration ne dura que peu de temps (cinq jours), puis le malade fut perdu de vue. Sur quoi, l'auteur a entrepris d'établir la légitimité de son intervention opératoire.

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

M. E. Decressac. — Contribution a l'étude de la chirurgie du cerveau. — (Thèse de Paris, 1890.)

M. H. Dumas. — De la trépanation dans l'épilepsie. (Thèse de Paris, 1889.)

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

## Ophthalmologie

Hygiène de la vue, par les Drs X. Galezowski et Kopff, un vol. in-16. J.-B. Baillière éditeur, Paris 1888.

Dans les diverses circonstances de la vie, l'œil et la vision peuvent être exposés à une multitude de dangers qu'il importe de faire connaître pour les éviter et les combattre avec fruit. Subordonnés aux âges, aux conditions d'hérédité, aux différentes conformations des yeux, à l'action de certain modificateurs, ou aux actions météorologiques, lumineuses, professionnelles, ils ressortissent à l'hygiène générale et plus spécialement à chacune des grandes subdivisions de cette dernière, à l'hygiène privée dans les premiers cas, à l'hygiène publique dans les seconds.

Dans la partie consacrée à l'étude de l'hygiène privée, les auteurs s'occupent de l'ophthalmie des nouveau-nés, ils recherchent l'influence que peuvent exercer la lumière, le froid, l'humidité, l'allaitement, les soins de propreté sur la vision de l'enfant. L'adolescence avec ses jeux et son surmenage intellectuel, la virilité avec ses veillées et ses excès génitaux, la vieillesse avec ses modifications cristalliniennes, cornéennes et lacrymales, ont chacun des précautions particulières à observer, des règles définies à ne pas enfreindre. N'oublions pas l'action de l'hérédité sur la conformation des yeux, ainsi que les soins dont doivent être l'objet ceux qui se trouvent atteints de vices de réfraction et d'accommodation. L'influence funeste exercée par le tabac, l'opium, l'alcool et certains cosmétiques est à nouveau signalée.

La partie consacrée à l'hygiène publique renferme l'exposé des questions qui, de jour en jour, deviennent plus importantes et relatives aux divers modes d'éclairage, à l'action exercée par la scolarité sur la fonction visuelle, à l'aptitude voulue pour faire un soldat, un marin, ou un employé de chemin de fer. Les auteurs ont adressé à l'instruction du Conseil de santé du 27 février 1877 sur les maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire, quelques critiques au sujet des limites d'acuité visuelle et d'amétropie qu'il convient de fixer pour déterminer le classement dans l'armée auxiliaire ou pour entraîner la réforme; ils voudraient aussi qu'il fût tenu compte de l'acuité visuelle pour répartir les hommes du contingent entre les différentes armes. Ces critiques s'étant déjà produites ailleurs, il est à espérer qu'on ne tardera pas à en tenir compte, c'est-à dire à l'époque du remaniement à prévoir de l'instruction précitée.

Des considérations sur l'hygiène spéciale aux aveugles, et quelques tableaux des échelles optométriques de Galezowski terminent un volume fécond, de la première à la dernière page, en sages conseils.

L'examen de la vision devant les conseils de révision et de réforme dans la marine et dans l'armée et devant les commissions de chemin de fer, par le Dr Barthélemy, directeur du service de santé de la marine, un vol. in-16. J. B. Baillière, éditeur. Paris 1889.

Le médecin qui assiste un Conseil de révision ou qui remplit le rôle d'expert devant une Commission de réforme, sait combien se présentent nombreux et souvent fort embarrassants les divers examens de la fonction visuelle. Pour prévenir l'erreur et déjouer la simulation, pour établir toute relation possible entre une affection à déterminer et les conséquences de tel ou

tel service, pour répondre enfin en parfaite connaissance de cause à la longue variété des questions qui peuvent surgir, il doit être rompu aux méthodes d'examen, il doit connaître à fond les procédés d'investigation qui font partie du domaine de l'ophtalmologie et qui ont si largement contribué à donner à cette science le caractère de précision qu'à l'heure actuelle on se plaît à lui reconnaître. Au surplus, toutes ces connaissances ne sont pas seulement nécessaires au médecin de l'armée et de la marine, elles sont indispensables à tous ceux qui sont, par leurs situations auprès des familles, journellement consultés sur l'aptitude des jeunes gens pour telle ou telle carrière, à tous ceux qui ont des attaches avec les administrations des chemins de fer, à tous ceux enfin qui peuvent être appelés à remplir un mandat légal. Aussi, doit-on savoir gré à l'auteur de les avoir condensées dans un volume qui, reçu avec faveur il y a neuf ans environ, vient d'être réédité, préalablement mis au dernier point de la science contemporaine.

Ce livre est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, il est question de l'examen de l'acuité visuelle et du champ visuel, du diagnostic des amblyopies fausses ou vraies, c'est-à-dire des amblyopies résultant soit d'un vice de construction ou de fonctionnement de l'appareil dioptrique, soit d'altérations matérielles ou fonctionnelles du nerf optique ou des centres nerveux ; dans le second l'étude porte sur les divers cas d'amétropies, myopie, hypermétropie ou astigmatisme, diagnostiqués qualitativement et quantitativement au moyen des méthodes objective et subjective ; dans le troisième sont passées en revue les altérations de l'appareil sensitif et surtout les moyens propres à déceler la simulation ; les conditions visuelles exigibles pour déterminer le classement dans les diverses armes sont enfin étudiées en détail et avec grande compétence dans le quatrième et dernier chapitre.

N'oublions pas de signaler l'appendice contenant les règlements en vigueur ou proposés pour l'armée, la marine et les chemins de fer.

La méthode suivie par l'auteur, la clarté et la concision de son style, rendent la lecture du livre facile et presque attrayante.

Étude sur les contusions du cristallin, par Caudron. (Th. de Paris, 1889.)

L'œil peut être l'objet d'une série de traumatismes relativement légers, tels que coups portés sur le globe avec des corps mousses, froissements de la cristalloïde après plaie pénétrante de la cornée, qui, sans occasionner une solution de continuité de la capsule, sont susceptibles d'entraîner des troubles de transparence de la lentille. D'étendue et de durée variables, ceux-ci sont appelés à disparaître ou à se compléter de façon à former une cataracte traumatique.

En raison des résultats fournis par l'expérimentation, l'auteur pense qu'on peut rapprocher des troubles par contusion simple ceux qui sont observés à la suite des convulsions de l'enfance, après des crises hystériques ou épileptiques, ceux-là même qui résultent de l'action de la foudre.

Considérations sur le cristallin luxé dans le corps vitré et sur son extraction, par Ch. Guende. (Th. de Paris 1889.)

Si, dans certains cas de luxation du cristallin, le traumatisme seul est incriminable, dans beaucoup d'autres on a affaire à des anomalies ou à des altérations de son ligament suspenseur, la zonule de Zinn. On peut observer soit son allongement partiel ou total sans modification de texture, soit son ramollissement et suivre sa dissolution. De fixe et immobile qu'elle était à l'état normal, la lentille cristallinienne présente des mouvements plus ou moins étendus, facilement perceptibles pendant les changements brusques de position de l'œil.

Le pronostic des luxations, quoique variable suivant la forme considérée, reste toujours sérieux en raison des complications graves qu'elles peuvent déterminer : il s'agit d'attaques glaucomateuses se développant avec tout le cortège des symptômes habituels, injections périkératiques, mydriase, trouble de l'humeur vitrée, tension oculaire... ou bien d'une iridocyclite pouvant être suivie d'ophtalmie sympathique. De pareils accidents, assez fréquemment observés jadis, ont fait justement abandonner l'ancien procédé de l'abaissement de la cataracte.

La thérapeutique doit ici être très active quoique, dans certains cas, en l'absence de phénomènes inflammatoires, on puisse se servir de verres, ou bien se borner à l'iridectomie ou à l'iridotomie pour ouvrir une nouvelle voie aux rayons lumineux en agrandissant l'orifice pupillaire ; avec l'apparition des complications, il faut sans tarder procéder à l'extraction du cristallin, soit même à l'énucléation de l'œil pour supprimer les accidents glaucomateux ou sympathiques. L'auteur repousse avec violence ce dernier moyen, et s'inscrit hautement et avec raison, pensons-nous, en ce qu'elle a de trop absolu, contre cette opinion de M. Dehenne : que la luxation soit traumatique ou spontanée, il vaut mieux, en thèse générale, enlever l'œil que d'essayer d'extraire le cristallin.

Il suffit de s'en rapporter aux 16 observations consignées dans le travail de M. Guende pour se rendre compte que l'opération de l'extraction peut se pratiquer sans grandes difficultés et sans pertes sérieuses de corps vitré. L'important est, après parfaite cocaïnisation de l'œil, de faire une ample section à lambeau dirigé en sens opposé à la luxation, en évitant de se servir d'un écarteur, et en faisant tenir les paupières par un aide. Le cristallin vient en général se mettre au contact de la plaie et ce n'est que dans quelques cas qu'on se voit dans l'obligation de se servir de la curette de Critchett pour l'amener au dehors.

Du traitement des kératites et en particulier du traitement chirurgical, par F. Kuhn. (Th. de Paris, 1889.)

Les kératites, qu'elles soient superficielles, interstitielles ou ulcéreuses, exigent un traitement local et général. Le traitement local, tantôt purement médical, tantôt médical et chirurgical à la fois, consiste en instillations d'atropine ou d'ésérine, en lotions chaudes et antiseptiques des voies lacrymales, des fosses nasales, des culs-de-sacs conjonctivaux, dans le port de lunettes fumées et en des cautérisations au moyen de la pointe fine du thermo-cautère, sans oublier que l'iridectomie pratiquée surtout chez les adultes entraînera souvent la cure de kératites interstitielles rebelles. En raison de l'origine habituellement hérédo-syphilitique de ces dernières, on fera bien d'avoir recours aux frictions avec la pommade hydrargyrique.

Le traitement général devra comporter dans ce cas particulier le sirop de Gibert, l'iodure de potassium alors que l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, les exercices et les promenades au grand air devront suffire s'il s'agit de kératite superficielle ou ulcéreuse.

La fréquence des lésions de la cornée justifie le travail de l'auteur qui nous expose, en quelques pages, le traitement des kératites, tel qu'il est employé à la clinique de son maître M. Dehenne.

De la blépharoplastie a pont, par G. Guillou. (Th. de Paris, 1889.)

La rétraction cicatricielle est l'écueil de tous les procédés blépharoplastiques. C'est pour la combattre que l'auteur propose le moyen suivant mis une seule fois en usage, mais avec un plein succès, par son maître M. Dianoux. Il consiste à tailler une paupière au-dessus ou au-dessous de l'œil, à la disséquer, à la mobiliser, à l'affranchir de ses connexions profondes pour ne la laisser tenir aux régions circonférentielles que par deux pédicules voisins des commissures, à l'élever ou à l'abaisser jusqu'à la place qu'elle doit occuper, et semblable dès lors à un pont jeté d'un angle palpébral à l'autre à la maintenir par la blépharorraphie.

Ces diverses manœuvres ne constituent qu'une phase de l'opération, dans une seconde, praticable plusieurs mois seulement après, c'est-à-dire à la cessation de toute rétraction cicatricielle, on avive avec un fin bistouri le bord palpébral périphérique d'une part, tandis que de l'autre on creuse dans une région convenable de la face une rainure où celui-ci sera fixé par quelques points de suture.

Ce procédé ingénieux paraît applicable à la restauration de la lèvre inférieure dans les cas de brûlures du menton et du cou. On peut le combiner avec les greffes cutanées en recouvrant de lambeaux dermiques, dermo-épidermiques ou cutanés la perte de substance laissée à découvert par dissection du lambeau.

Contribution a l'étude des voies lacrymales, par J. Chaffard. (Th. de Paris, 1889.)

Les voies lacrymales se composent des canaux qui puisent les larmes à la surface de l'œil et les conduisent dans les fosses nasales. Elles comprennent les conduits lacrymaux et le canal lacrymo-nasal. Les conduits lacrymaux longs de 6 à 8 millimètres, et larges de 0 mm. 5 à 0 mm. 10, présentent avant leur abouchement dans le sac lacrymal une portion verticale, une portion arquée, une portion horizontale et une portion commune. Ils ont une paroi propre, formée d'une trame fibroplastique et d'un épithélium pavimenteux rappelant de tous points, par la disposition et la nature de leurs éléments, la muqueuse conjonctivale. Le canal lacrymo-nasal, au contraire constitué par une couche périostique muqueuse et cellulaire, répond à la structure de la muqueuse nasale. Le sac, logé dans la gouttière lacrymale, offre comme celle-ci une courbure à concavité antéro-externe, et une direction oblique en bas, en avant et en dehors. Le canal qui y fait suite décrit une courbure à convexité antéro-externe et se porte obliquement en bas, en arrière et en dedans, pour se terminer dans le méat inférieur des fosses nasales. Quant aux valvules de Huschke, de Béraud, de Taillefer et de Cruveilher, elles ne sont bien que des plis muqueux comme il en est tant dans le canal lacrymo-nasal, sans influence démontrée sur le fonctionnement des voies lacrymales.

Après avoir insisté sur les détails anatomiques, l'auteur en déduit la pratique rationnelle du cathétérisme. Son travail, qui se prête réellement peu à l'analyse, est terminé par des considérations embryogéniques d'où il résulte que les voies lacrymales ne se développent pas, comme on a pu le prétendre, par transformation directe en canal du sillon lacrymal, mais par prolifération des cellules épithéliales qui recouvrent le fond de ce sillon.

Du décollement rétinien consécutif a certaines formes de l'irido-choroïdite plastique et plus particulièrement du décollement simulant des tumeurs intra-oculaires, par R. Banvillet. (Th. de Paris 1889.)

L'irido-choroïdite plastique, anatomiquement caractérisée par la production très rapide de masses néoplasiques vascularisées qui, tapissant la face postérieure de l'iris, et le corps ciliaire, portent entrave à la circulation, et partant à la sécrétion intra-oculaire, peut, dans beaucoup de circonstances, entraîner un décollement de la rétine. Forme éminemment pernicieuse de l'inflammation sympathique, elle est parfois primitive, mais la plupart du temps secondaire et consécutive à un traumatisme. Confondue le plus fréquemment avec des carcinomes de la choroïde ou des gliomes de la rétine, son diagnostic est souvent impossible à établir. Dans ces cas, il faut éviter de se prononcer et attendre la marche ultérieure ed l'affection. Au reste l'énucléation est la seule opération qu'il convienne de pratiquer, puisque l'œil est irrémédiablement perdu, qu'il y ait tumeur ou simple irido-choroïdite.

Nouvelles études sur les contractions astigmatiques, par le Dr G. Martin, une brochure in 8°. Paris 1888. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Les myopes seraient ordinairement des astigmates et le muscle ciliaire, dans le but de corriger cet astigmatisme accomplirait des contractions partielles qui auraient pour conséquence de tirailler la choroïde, et consécutivement les côtés du nerf optique. Il en résulterait l'apparition d'un croissant blanchâtre, flanquant la papille et paraissant surajouté au disque papillaire. Celui-ci, dans la majorité des cas, et peut-être dans tous, serait situé, où tout au moins aurait une prédilection marquée à se manifester à l'extrémité des contractions ciliaires, et comme dans les cas d'astigmatisme cornéen, elles varient avec la direction de l'asymétrie, le croissant, d'externe avec un astigmatisme vertical, deviendrait inférieur avec un astigmatisme horizontal et oblique dans toute autre variété d'astigmatisme. Les assertions de l'auteur reposent sur une longue série de faits.

Un des faits les plus sensibles de ces contractions astigmates serait l'apparition de la migraine et cela justement du côté de l'œil qui se trouverait en être le siège. D'où les excellents résultats obtenus par le port d'un verre cylindrique approprié ou par l'action assez longtemps prolongée de l'atropine paralysant le muscle ciliaire. Un pareil traitement conviendrait à la migraine ophtalmique qu'on la considérât comme une modalité de la migraine classique ou comme une affection possédant une réelle autonomie. Ch. Amat.

## BULLETIN

Sur la transmission de la fièvre typhoïde par l'air. — De la septicémie typhoïde.

— Une des caractéristiques de la science médicale contemporaine, c'est la précision qu'elle apporte à déterminer le mécanisme de la propagation des maladies infectieuses. De ce côté, et bien qu'il reste encore beaucoup à faire, on peut dire que la médecine a réalisé d'immenses progrès et on est fondé à croire que la fin du siècle ne sonnera pas avant que la plupart des problèmes relatifs à ces grandes questions d'étiologie aient reçu leur solution. Et, sans nul doute, la prophylaxie aura du même coup accompli un pas décisif.

Ces réflexions nous sont inspirées par les recherches qui ont été entreprises récemment à l'effet de reconnaître les divers modes par lesquels s'opère la transmission de la fièvre typhoïde, ce fléau de la société moderne, et particulièrement des grandes villes. Jusqu'à présent, on ne connaissait guère qu'un seul procédé de contamination, celui qui a lieu par l'intermédiaire de l'eau, des boissons chargées accidentellement du contage typhique. C'est là, en effet, le mode de contagion le plus fréquent. Les exemples en sont assez nombreux pour que la notion qui en découle doive être considérée désormais comme hors de toute contestation. Mais l'eau est-elle vraiment le seul véhicule du bacille typhique? On ne peut plus répondre affirmativement à une pareille question, depuis que les recherches de bactériologie ont démontré la présence de ce bacille dans l'air aussi bien que dans l'eau et depuis que la clinique a établi la possibilité de l'infection typhoïde d'emblée par la voie pulmonaire. Cette dernière constatation surtout a une importance capitale dans l'espèce; or, elle ne peut être mise en doute à la suite des faits rapportés par MM. Potain, Jaccond, Lépine, etc. etc., qui ont signalé expressément des cas d'infection typhique à localisation exclusivement pulmonaire. Force est donc de rechercher maintenant et de préciser les conditions dans lesquelles ce mode de contagion est susceptible de s'opérer.

Dans cet ordre d'idées, les expériences récentes de M. Frédéric Bordas (*Revue générale des sciences*) nous paraissent propres à éclairer une question naturellement ardue et difficile. M. Bordas a constaté d'abord que, loin d'être un anaérobie facultatif, le bacille typhique doit être rangé parmi les microorganismes nettement aérobies. Il a reconnu ensuite que ce bacille reste stérile dans un air sec et complètement privé de vapeur d'eau, mais qu'il continue à vivre et même à se multiplier dans une atmosphère plus ou moins chargée d'humidité. Cette dernière remarque est très importante, car elle rend compte de certaines particularités inexpliquées jusqu'à présent, telles que la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde durant les mois humides (octobre-novembre) et le réveil habituel des épidémies précisément à cette période de l'année. Les expériences de M. Bordas conduisent aussi à penser que le contage de la fièvre typhoïde est doué d'une certaine force de résistance aux influences extérieures et, de plus, qu'il doit conserver longtemps l'activité pathogène qui lui est propre; car les époques de sécheresse prolongée, qui seraient pour lui une cause de destruction, sont relativement assez rares. Cette dernière hypothèse est d'ailleurs tout à fait conforme à ce que nous savons de la résistance vitale des germes, considérée ici d'une manière très générale. Enfin, rien n'empêche d'admettre la possibilité d'une pénétration directe du bacille au sein des poumons à travers les voies respiratoires. La chose paraît du moins extrêmement probable, depuis que des analyses bactériologiques ont démontré sa présence parmi les poussières des salles d'hôpital.

En présence de ces faits, on ne peut donc guère se refuser à reconnaître la possibilité d'une infection directe par la voie pulmonaire. La contagion ici aura d'ailleurs d'autant plus de chances de s'opérer, que l'appareil respiratoire présentera, par suite de lésions antérieures, des portes d'entrée plus ou moins larges à l'absorption des germes; or il suffit, en pareil cas, de la moindre effraction de l'épithélium alvéolaire, pour rendre cette absorption possible, sinon certaine. L'économie possède alors, il est vrai, une dernière ressource qui réside dans cette sorte d'antagonisme que les phagocytes du poumon possèdent vis-à-vis de la plupart des microbes pathogènes (Metchnikoff); on peut espérer, à la rigueur, que le conflit de ces deux éléments circonscrive les effets de l'infection en les localisant sur place. C'est probablement à une action de ce genre qu'il faut rapporter les cas de fièvre typhoïde à détermination exclusivement pulmonaire auxquelles nous avons fait allusion au cours de cet article.

On voit donc, d'après ces considérations très sommaires, que la connaissance des modes de transmission de cette grande pyrexie infectieuse qui s'appelle la fièvre typhoïde, vient de faire un pas considérable, sinon décisif. Nous avons lieu d'espérer que la prophylaxie bénéficiera, elle aussi, de ces précieux enseignements et que l'antisepsie médicale, aujourd'hui encore à l'état d'ébauche, trouvera là une nouvelle et brillante occasion de réaliser ses promesses.

— La Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance, a soulevé une question pleine d'intérêt et qui, du reste, se rapproche étroitement de celle que nous venons d'indiquer d'une façon sommaire. Il s'agit d'une forme particulière d'infection typhique à laquelle un de ses membres a donné le nom assez heureux de *septicémie typhoïde*. Cette question a été soulevée par une communication de M. Vaillard, relative à un cas de dothinentérie bien caractérisé et dans lequel l'examen *post mortem* permit de constater d'une part, la présence du bacille d'Eberth dans la plupart des organes et tissus, de l'autre, l'absence complète des lésions intestinales habituelles. Il y avait dans ce fait quelque chose de contradictoire avec les idées reçues concernant l'association nécessaire du syndrome clinique et du substratum anatomique chez les typhoïdiques. L'auteur de la communication a donc cru pouvoir conclure à la possibilité d'une infection mixte, spéciale, d'ailleurs très peu connue jusqu'à ce jour. Faut-il croire, avec M. Netter, qu'il s'agissait là d'une maladie à part, ayant pour caractéristique la présence dans l'organisme d'un bacille extrêmement semblable, mais non identique à celui qui a été décrit par Eberth? Ou bien convient-il d'admettre, avec M. Chantemesse, que le contage typhique est susceptible, dans des conditions encore indéterminées, de créer un état pathologique spécial, sorte de *septicémie typhoïde*, à généralisation d'emblée et sans localisations appréciables sur aucun des organes d'élection habituels? Nous sommes assez enclin à accepter cette dernière hypothèse, qui a pour elle des faits cliniques précis, et qui, de plus, a l'avantage à nos yeux de confirmer la justesse des réflexions que nous avons émise plus haut, concernant la possibilité de l'infection pulmonaire typhique isolée. On savait déjà que l'injection directe de bacilles tuberculeux dans la circulation est susceptible de déterminer une maladie générale grave, et même mortelle, sans qu'il y ait production de tubercules visibles à l'œil nu; à priori, on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même pour le contage typhique. Dans tous les cas, on ne peut nier qu'il y ait là un problème de pathologie générale d'une très haute portée et qui mérite, comme tel, d'exercer la sagacité et les efforts des expérimentateurs.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Académie de médecine. — Élection d'un titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. — Classement des candidats :
1re ligne : M. Terrier.
2e ligne : M. Chauvel.
3e ligne : M. Périer.
4e ligne : M. Berger.
5e ligne : M. Nicaise.
6e ligne : M. Horteloup.
Il y a 73 votants, majorité 37.
Au premier tour, M. Terrier obtient 36 voix, M. Chauvel, 35; M. Périer, 1; un bulletin annulé.
Un second tour est nécessaire.
M. Chauvel est élu par 41 voix sur 75 votants.

— La Société de médecine de Paris donnera, l'année prochaine, un prix de 1,200 fr. au meilleur travail qui lui aura été adressé sur cette question : *Démontrer la contagion de la tuberculose dans les affections chirurgicales.*

Création d'un hôpital de teigneux a l'hôpital Saint-Louis. — En juin 1887, le Conseil municipal avait voté, entre autres hôpitaux d'isolement, un hôpital de teigneux à Créteil.

Les habitants de Créteil protestèrent contre cet établissement. M. le Dr Lailler fut consulté par le Directeur de l'Assistance publique, et fut d'avis que, en raison de la contagiosité particulière de la teigne, la création d'un hôpital de teigneux n'avait aucun danger pour le voisinage. Dès lors, le service des teigneux sera installé à part à l'hôpital Saint-Louis.

— Une lettre circulaire du ministre de l'intérieur prescrit aux maires des villes d'une population de 40,000 habitants, et au-dessus, l'envoi d'un bulletin quotidien contenant le relevé des décès de chaque jour et le nombre des décès de la journée correspondante des cinq années précédentes.

Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris. M. Poirier, chef des travaux anatomiques. — M. le Dr Villemin, prosecteur avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 17 mars 1890, pavillon n° 3, à 1 heure précise.

Enquête sur le choléra de l'Irak-Arabi. — Sur la proposition du Dr Mahé, médecin sanitaire français, le Conseil sanitaire international vient de décider une enquête sur les origines du choléra et sur les conditions de son apparition dans l'Irak-Arabi, en juillet dernier.

Ont été chargés de cette enquête les deux principaux médecins de Bagdad, le Dr Lubiez, directeur du service sanitaire, et le Dr Gazala, de la Faculté de Paris, tous deux parlant couramment la langue arabe.

Société de médecine pratique de Paris. — Les conférences de l'année 1890, qui ont lieu depuis le 12 février dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, continuent les mercredis, à 8 heures et demie très précises du soir.

Voici le programme des quatre dernières conférences :

*Mercredi 26 mars.* — M. le Dr Cadet de Gassicourt : Education physique ; premier âge ; enfance ; jeunesse.

*Mercredi 2 avril.* — M. le Dr Gariel : Etat actuel de l'éclairage électrique ; son avenir ; ses avantages.

*Mercredi 9 avril.* — M. le Dr Léon Petit : Les médecins de Molière ; la médecine au XVIIe siècle ; la Faculté ; Paris et Montpellier ; antimoine et saignée ; médecins, chirurgiens et barbiers ; les médecins attaqués par Molière ; Molière aux prises avec les médecins. (Projections à la lumière électrique.)

*Mercredi 16 avril.* — M. le Dr Bouloumié : Malades et blessés de nos armées en temps de guerre ; influence du recrutement actuel des armées ; des méthodes de guerre ; du mode de combat et des nouvelles armes sur les maladies et les blessures ; organisation nouvelle des secours.

Les dames sont admises.

Les portes de l'amphithéâtre offert gratuitement par l'Administration de l'Hôtel des Sociétés savantes, seront ouvertes à 8 heures.

N.-B. — On trouve des cartes d'entrée au Secrétariat.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris.* — Par décret en date du 14 mars 1890, une des chaires de pathologie externe de la Faculté de médecine de Paris, est transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires. M. Guyon, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

— Par décret en date du 14 mars 1890, M. Debove, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

***

*Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Cours de la saison d'été : 1° Cours de médecine opératoire.

MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 14 avril 1890, à quatre heures.

2° Conférences d'histologie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand Siderey, chef du laboratoire.

MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

*Nota.* — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les Elèves sont prévenus que les cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 7 avril.

***

*Prix Civiale.* — Concours ouvert entre les Internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs à décerner au travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1890, au plus tard.

***

— M. Wannebroucq, doyen de la Faculté de Lille, ayant donné sa démission et ayant été nommé doyen honoraire, l'Assemblée générale de la Faculté, dans sa séance du 13 mars, a dressé sa liste de présentation pour le Décanat.

Elle a présenté en première ligne, M. le Dr Follet professeur de clinique chirurgicale ; en deuxième ligne, M. le Dr Lambling, professeur de chimie organique.

***

*Faculté de médecine de Paris. — Cours du second semestre. — Physiologie.* — M. Ch. Richet : Les mardis, jeudis, samedis, à 3 heures, au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Pathologie chirurgicale*, M. Paul Segond, agrégé ; les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures, au petit Amphithéâtre. — *Hygiène*, M. Proust; les mardis, jeudis, samedis, à 4 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Clinique d'accouchements et de Gynécologie.* M. Pinard, les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures du matin, à la Maternité. Visite des malades, à 8 heures. *Cours complémentaire d'accouchements.* M. Ribemont-Dessaignes, agrégé ; les mardis, jeudis, samedis, à 6 heures, petit Amphithéâtre de la Faculté.

*Conférences. Physique.* — M. Weiss, agrégé, les mardis, jeudis, samedis à 2 heures, même Amphithéâtre. — *Pathologie externe*, M. Jalaguier, agrégé, les mardis, jeudis, samedis, à 4 heures, même Amphithéâtre.

— M. le Dr Dareste commencera ses cours d'embryogénie normale et tératologique le mardi 15 avril, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à l'Ecole pratique, bâtiment du musée Dupuytren.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

*Nomenclature des Thèses de Doctorat soutenues devant la Faculté pendant le 1er semestre 1889-1890.*

WARGNIER. — De la folliculite et périfolliculite chez les fileurs et rattacheurs. (Contribution aux dermites professionnelles.)

CHARDON. — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales.

COUSIN. — De la conjonctivite catarrhale à forme pseudo-membraneuse.

MONIN. — Contribution à l'étude de la trace indélébile du chancre syphilitique.

HACOT. — Etude sur la valeur thérapeutique des médicaments antithermiques.

PUCHE. — Contribution à l'étude des accidents post-mortem du chancre infectant.

FROMONT. — Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

DELANNOY. — Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DECÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 MARS 1890.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 3. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 44. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 239. — Autres tuberculoses, 28 — Tumeurs cancéreuses, 53. — Autres, 7. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 13. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë, 41. — Bronchite chronique, 54. — Broncho-pneumonie, 44. — Pneumonie, 86. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 16. — Biberon 30. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 32. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 9, — Autres causes de mort, 216. — Causes inconnues, 6 — Total : 1185.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

DES

# EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle ; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente ; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pulna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement** : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Broussais. — M. le Dr Barth.

### De la salpingite utérine.

Leçon clinique recueillie par M. Faure-Miller.
Interne du service.

La maladie dont nous allons parler est surtout du ressort de la chirurgie, mais elle mérite aussi l'attention des médecins qui presque toujours sont appelés à la reconnaître dès son début, et peuvent, par une prophylaxie et une hygiène convenables, en arrêter le développement.

L'inflammation des trompes de Fallope, envisagée en tant que maladie distincte, n'est d'ailleurs bien connue que depuis peu d'années. Autrefois on en comprenait mal la pathogénie et l'évolution ; on la confondait fréquemment avec d'autres affections des organes utérins. Depuis les progrès de la chirurgie abdominale, on a été amené à mieux étudier le rôle que jouent les annexes de l'utérus dans beaucoup de cas gynécologiques, et grâce à de nombreux examens anatomiques pratiqués soit après opération, soit à l'autopsie, les lésions de la salpingite utérine sont aujourd'hui bien connues, et ses caractères cliniques assez nettement établis pour qu'il soit possible de la diagnostiquer presque à coup sûr.

Nous avons en ce moment dans le service deux malades atteintes de salpingite. La première, qui est couchée au n° 20 de notre salle Axenfeld, est une femme de 29 ans, d'apparence assez vigoureuse, mais qui nous dit n'avoir jamais été bien réglée. Mariée depuis quelques années, elle est devenue enceinte il y a deux ans ; sa grossesse a évolué normalement ; l'accouchement a eu lieu à terme et sans difficulté. Mais huit ou dix jours après les couches, la malade s'étant levée a été prise de ménorrhagie, elle a eu de violentes douleurs de ventre et de la fièvre. Ces symptômes disparurent après quelques jours de repos, mais le mois suivant, nouvelle perte sanguine, nouvelles douleurs plus vives et plus prolongées, nécessitant le séjour au lit. Bref, depuis quinze, mois chaque époque menstruelle a ramené les mêmes troubles ; bien plus, les douleurs et les pertes de sang tendent maintenant à devenir continuelles ; il suffit d'un travail un peu fatigant, d'une course un peu longue pour provoquer une exacerbation nouvelle, de sorte que depuis trois mois la malade est presque continuellement alitée.

Cette femme est pourtant d'aspect robuste. Elle a eu autrefois de la gourme et des abcès ganglionnaires probablement tuberculeux ; elle a été soignée il y a quatre ou cinq ans pour une néphrite aiguë dont nous ignorons la nature ; mais ces accidents n'ont laissé aucune trace ; les poumons et les autres organes sont sains ; les urines sont normales. Au toucher vaginal nous constatons un utérus gros, saignant facilement ; le col est volumineux, largement ouvert, les lèvres un peu renversées en ectropion sont granuleuses, le canal cervical rempli de fongosités ; il y a de la métrite du corps, appréciable par l'augmentation de volume et la sensibilité de l'organe, qui

## FEUILLETON

### REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE.

(Suite. — Voir les numéros 2 et 8).

V. — Philippe Hecquet (1661-1737).

Après Sydenham, médecin protestant, nous allons nous trouver en face du type du médecin catholique.

On sait que, dans Gil Blas, sous le masque du docteur Sangrado, Le Sage a voulu représenter Hecquet. Je m'attendais à trouver des révélations sur ce sujet en ouvrant la brochure du Dr Jules Roger (1). Mon attente a été trompée : à peine s'il est fait allusion (à la page 37) au Dr Sangrado. C'est le saint homme, le médecin chrétien que M. J. Roger, membre de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, a surtout voulu offrir en exemple à notre époque de scepticisme.

Mais Hecquet ne fut pas seulement le médecin prosélyte, il fut aussi un travailleur opiniâtre et Chereau a pu écrire cette phrase : « Hecquet fut le type du vrai praticien ».

Né à Abbeville, le 13 septembre 1661, Philippe Hecquet s'était destiné d'abord à l'état ecclésiastique lorsqu'un de ses oncles l'attira vers l'étude de la médecine. Il fut reçu docteur à Reims en 1684, et vint à Paris pour se perfectionner dans son art. Jean Hamon, le médecin ascétique et théologien de Port-Royal, étant mort en 1687 (1), Hecquet lui succéda comme médecin de ce célèbre établissement.

Il avait déjà eu de grands succès comme praticien, et la jalousie s'en mêla. Il fut traqué si bien que, sur les instances de Fagon, il se décida à remplir les formalités nécessaires pour entrer dans la Faculté, et, à 37 ans, Hecquet s'asseyait sur les bancs de l'Ecole de Paris, où il recevait le titre de Docteur, en janvier 1697. Il fut élu doyen de la Faculté en 1712.

(1) Hecquet, docteur Régent et ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris ; sa vie, ses œuvres. In-8° de 80 pages. Paris, Retaux-Bray, 1889.

(1) Hamon, né à Cherbourg vers 1618, avait été le précepteur du petit-fils de Achille de Harley, premier président du Parlement de Paris.

est douloureux au ballottement. Mais ce n'est pas tout; à droite et à gauche de l'utérus, au lieu de la souplesse normale des ligaments larges, on perçoit au fond des culs-de-sac latéraux deux cordons volumineux, arrondis, allant de la corne utérine à la paroi latérale du bassin. Du côté droit ce cordon a le volume du pouce; il est rénitent et sensible à la pression; à gauche la lésion est plus sérieuse; le diamètre de la tumeur est trois fois plus considérable; par le palper bimannel, un doigt dans le vagin, l'autre main sur l'hypogastre, on a la notion précise d'une masse cylindroïde, flexueuse, présentant une série de bosselures avec des étranglements intermédiaires. Cette masse adhère fortement, à l'utérus d'une part, et de l'autre à la paroi pelvienne; elle est très douloureuse au toucher.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté, non plus que l'interprétation des divers symptômes: les suites de couches mal soignées ont été le point de départ d'une métrite infectieuse; de l'utérus l'inflammation a gagné les trompes, peut-être les ovaires et le péritoine circonvoisin; la marche de la maladie a été lente d'abord, mais chaque époque menstruelle a occasionné une poussée fluxionnaire nouvelle, qui s'est traduite par des douleurs abdominales, par des pertes sanguines, etc; peu à peu, la lésion devient chronique, la malade ne peut plus quitter son lit sans être reprise de coliques et d'hémorrhagie, bref cette femme vigoureuse, qui n'a pas trente ans, est en train de devenir une invalide.

L'histoire de notre seconde malade, qui occupe le n° 18 de la salle Axenfeld, est encore plus instructive, parce que les accidents se sont développés pour ainsi dire sous nos yeux. C'est une belle et forte fille de 22 ans, parfaitement constituée et qui assure n'avoir jamais été malade. Elle a toujours été bien réglée, mais depuis deux ou trois ans elle a eu à diverses reprises des flueurs blanches, des symptômes de vaginite et d'uréthrite d'origine manifestement blennorrhagique. Il y a six mois elle est devenue enceinte et sa grossesse a d'abord marché régulièrement, mais au cinquième mois (c'est-à-dire il y a six semaines) elle a fait une fausse couche, sans qu'elle puisse nous dire quelle a été la cause de cet accident. La fausse couche a été suivie de métrorrhagies assez abondantes qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital, et au moment de son admission, six jours après l'accident, nous avons trouvé l'utérus gros, très mou, mais rien absolument du côté des annexes; il n'y avait ni fièvre, ni aucun symptôme d'infection.

Mais quelques jours plus tard, la malade, s'étant levée malgré nos conseils, a été prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, avec élévation légère de la température. En l'examinant avec soin, nous avons constaté de la sensibilité à la palpation au niveau de la corne utérine droite; le cul-de-sac latéral du vagin avait perdu sa souplesse et très profondément on pouvait sentir une tumeur allongée dans le sens transversal, flexueuse, assez mobile, très douloureuse à la pression; en un mot une trompe utérine enflammée et volumineuse. Le côté gauche semblait normal.

Nous avons prescrit le repos absolu au lit, des ventouses scarifiées et ensuite un vésicatoire *loco dolenti*; de l'ergotinine à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs ont disparu, la trompe droite a diminué de volume. Mais peu de jours après un autre point douloureux s'est manifesté, à gauche cette fois et symétrique au premier; il n'y a pas eu de fièvre appréciable; cependant en examinant la malade chaque matin, nous avons pu voir se développer très rapidement du côté des annexes gauches les mêmes lésions qu'à droite: tuméfaction douloureuse dans la région du ligament large, empâtement du cul-de-sac latéral du vagin, au fond duquel on sent une masse cylindroïde, bombée, rénitente, mais sans battements ni fluctuation manifeste, allongées transversalement de la corne utérine à la paroi latérale du vagin.

Ce sont là les phases initiales de la maladie. Nous avons pu en étudier la période avancée chez une troisième femme, qui a fait un long séjour dans le service vers la fin de l'année dernière. C'était une employée de nos hôpitaux, forte fille de 30 ans, à antécédents hystériques, mais du reste très bien portante jusqu'au début de sa maladie utérine. Contrairement à la plupart des hystériques, elle avait toujours été bien réglée; elle n'avait jamais été enceinte. Mais il y a quatre ou cinq ans elle avait contracté une blennorrhagie intense avec écoulement abondant, cystite, catarrhe utérin, etc., elle s'était peu et tardivement soignée. C'est peu de temps après qu'elle aurait, nous disait-elle, commencé à souffrir du ventre, principalement à l'époque des règles: celles-ci sont devenues plus abondantes; il y avait même parfois de véritables pertes, et chaque époque avançait plus ou moins sur la précédente. Malgré ces symptômes, elle s'obstine à continuer son service d'infirmière, service fatigant s'il en fut, et qui exige la station debout presque continuelle; en même temps, j'ai lieu de pen-

---

Ses œuvres sont nombreuses. Sans citer, autrement que pour mémoire, son ouvrage le plus connu, intitulé : *La médecine, la chirurgie et la pharmacie des pauvres*, qui est un ouvrage posthume, nous rappellerons son travail, sur *l'Indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation de celles-ci de nourrir leurs enfants*; et son *Traité des dispenses du carême*, dans lequel Hecquet cherche à prouver que « non seulement la privation des aliments gras, mais encore le jeûne, contribuent plutôt à la santé qu'ils n'y nuisent (1) ».

Hecquet fut donc un végétarien de l'avant-veille. Il était même plus papiste que le pape, puisqu'il voulait que l'on s'abstînt du tabac les jours de jeûne, ou du moins qu'on n'en fît usage qu'aux heures des repas pendant le carême.

C'est qu'il était animé du plus grand zèle pour le service de Dieu et il ne craignait même pas de rappeler à la pratique de la religion les grands qu'il avait à soigner.

Hecquet eut le mérite de devancer son siècle dans la question des *Convulsions*; car dans son livre intitulé : *Le naturalisme des convulsions dans les maladies*, etc. (Soleure, 1733, suivi de beaucoup d'écrits sur le même sujet), il soutient qu'il n'y a rien dans cette œuvre des convulsions qui ne soit du ressort de la physique, de l'histoire naturelle et de la médecine.

Retiré dans le couvent des Carmélites de la rue Saint-Jacques, religieuses qu'il était chargé de soigner, il vivait dans les exercices de la plus vive piété, « répondant à toutes les consultations qu'on lui adressait, recevant les pauvres qui avaient recours à lui et les aidant de ses conseils et de sa bourse (1) ». Il y mourut le 11 avril 1737, âgé de 76 ans.

D'aucuns reprocheront à M. Jules Roger d'avoir, comme un hors-d'œuvre, reproduit dans son intéressant travail le toast qu'il a porté à ses confrères de la Société de Saint-Luc ainsi que les litanies des membres de cette Société renouvelée (laquelle a pour président un médecin des hôpitaux de Paris, le Dr A. Ferrand), et lui diront le

*Non erat hic locus*

d'Horace;

(1) Lécuy. In Biographie universelle de Michaud, t. XIX, p. 552.

(1) Lécuy. In Biographie universelle de Michaud, t. XIX, p. 552.

ser qu'elle n'était pas un modèle de continence. Bref les accidents s'aggravèrent; il survint des poussées de péritonite avec douleurs abdominales violentes, tympanite et vomissements. Elle entra plusieurs fois à l'hôpital, dans divers services; à la moindre amélioration elle en sortait pour reprendre ses fonctions de garde-malade, et chaque fois il s'ensuivait une prompte rechute. Enfin vers le mois de juin dernier elle vint réclamer nos soins; depuis plusieurs semaines elle souffrait du ventre et perdait continnellement du sang.

Je constatai tous les signes d'une métrite diffuse chronique: col gros, ramolli; muqueuse utérine épaisse, fongueuse, et saignant au moindre contact; corps utérin volumineux et douloureux à la pression. Mais ce n'était là que la moindre partie du mal : les annexes de la matrice étaient profondément altérées. A droite un cordon dur et douloureux immobilisait la corne utérine; à gauche le doigt explorant le cul-de-sac latéral tombait sur une tumeur arrondie, rénitente en certains points, vaguement fluctuante en d'autres, adjacente à l'utérus qu'elle repoussait en avant et à droite. Cette tumeur, on était tenté de la prendre pour une hématocèle pelvienne, mais elle n'en avait ni la forme régulière, ni la situation médiane et symétrique; bien qu'elle empiétât notablement sur le cul-de-sac postérieur, elle appartenait évidemment à la région du ligament large; comme nous avons pu nous en convaincre par la suite, ce n'était autre chose qu'un *hémo-salpinx*, une trompe utérine oblitérée à son extrémité, dilatée par un épanchement sanguin et transformée en poche kystique. En effet après quinze jours de repos la perte sanguine avait cessé peu à peu, et la tumeur s'était affaissée au point de disparaître; mais à l'époque suivante, nouvelle métrorrhagie, nouveau gonflement de la poche, qui redevenait tendue et fluctuante; nous avons pu observer plusieurs fois ces altérations.

Dans de telles conditions, le traitement médical ne pouvait donner de résultats durables; aussi conseillai-je le recours à la chirurgie. Depuis les travaux de Lawson-Tait, de Terrillon, et d'une foule d'autres chirurgiens, nous savons que l'extirpation des trompes et des ovaires par la laparotomie est le seul traitement efficace dans ces cas graves, le seul moyen de supprimer la poussée fluxionnaire qui vient chaque mois entretenir et aggraver les accidents.

La malade se refusa à toute intervention et profita même d'une période de mieux pour quitter l'hôpital; mais dès le lendemain, à la suite d'une course un peu longue et aussi, il faut bien le dire, d'un rapprochement sexuel intempestif, elle était prise d'une véritable poussée de péritonite, qui la tint de nouveau clouée au lit pendant plusieurs semaines. Enfin, au mois de novembre, après plusieurs épisodes du même genre, la malade découragée se résigne tardivement à accepter l'opération, qui fut faite en ma présence par un des plus habiles chirurgiens de Paris. L'ouverture de l'abdomen nous montra quelle était l'intensité des lésions, et combien il eût mieux valu ne pas tant différer : à droite comme à gauche les annexes utérines étaient confondues en un paquet informe de fausses membranes, immobilisant l'utérus et adhérant de toutes parts aux organes voisins. L'étendue, la solidité de ces adhérences rendirent l'opération très laborieuse, l'hémostase très difficile; la trompe gauche kystique se rompit sous les doigts de l'opérateur, inondant le péritoine d'un mélange de sang et de pus, ce qui nécessita une toilette longue et minutieuse; bref la séance dura près de deux heures. La malade déjà fort affaiblie ne put surmonter le choc, elle succomba dans le collapsus le cinquième jour.

Vous voyez par ce cas malheureux combien il est important d'être renseigné sur la marche et les conséquences de la salpingite utérine, afin de soigner cette redoutable affection dès ses débuts, et de ne pas laisser les malades atteindre la période où tout traitement médical est vain et où l'intervention chirurgicale elle-même devient précaire et périlleuse.

Quelles sont les causes, quelle est la physiologie pathologique de la salpingite utérine? Il peut se faire qu'elle se développe isolément dans le cours d'une maladie générale infectieuse, soit aiguë, comme la variole, la fièvre typhoïde, certaines septicémies, soit chroniques, comme la tuberculose, la morve ou la syphilis. Mais ce sont là des faits exceptionnels qu'il me suffit de signaler: Dans la très grande majorité des cas, l'inflammation des trompes succède à une métrite, et c'est par propagation directe que la phlegmasie utérine franchit l'*ostium utérinum* pour gagner la muqueuse des trompes.

Toutes les métrites indistinctement ne sont pas suivies de salpingite; le simple catarrhe utérin, si fréquent chez les jeunes filles mal réglées ou lymphatiques, n'y expose presque jamais. En revanche la métrite puerpérale et la métrite blennorrhagique, en un mot les métrites infectieuses, sont très souvent le point de départ de graves lésions des annexes.

---

mais, nous ne sommes pas si grincheux, et, d'ailleurs,

*On ne peut contenter tout le monde et* Saint Luc.

Quoi qu'il en soit, cette brochure n'en est pas moins curieuse.

VI. — René-Jacques Croissant de Garengeot (1688-1759.)

M. Louis Jarnotien de Villartay, qui compte parmi ses ancêtres un condisciple de Garengeot, et d'autres médecins ou chirurgiens de Vitré, a eu l'heureuse idée de consacrer sa thèse inaugurale à une étude biographique et critique de Garengeot et de son œuvre.

C'est un travail touffu, exubérant que nous livre le nouveau docteur (1).

Plein de hors-d'œuvres et d'échappées historiques qui contribuent à captiver ou à distraire l'attention du lecteur curieux, cette thèse n'en mérite pas moins ces compliments. Car elle révèle chez l'auteur un grand amour des recherches d'érudition et une vive passion pour les institutions médicales du passé.

Les 82 premières pages nous donnent une biographie de Garengeot, biographie des plus intéressantes, sans doute, mais qui semble avoir été comme allongée à plaisir par les allées et venues hors de son sujet direct d'un écrivain enchanté de faire l'école buissonnière.

Que de renseignements, dans ce premier chapitre, qui ne se rattachent pas directement au sujet! Coup d'œil sur l'enseignement médical et chirurgical donné à Paris à l'époque où Garengeot vint y continuer ses études (1711); ce qu'est la Faculté de Médecine; quels sont les grades que l'étudiant doit successivement conquérir; comment se font les cours des professeurs; ce qu'est l'école de chirurgie de Saint-Côme avec ses deux catégories d'étudiants; ceux qui travaillent en boutique et ceux qui gagnent maîtrise dans les hôpitaux; ce qu'étaient les cours faits à Saint-Côme avant 1725. — Puis vient une étude sur les hôpitaux d'alors, sur les fonctions des garçons chirurgiens et sur l'enseignement clinique départi dans ces établissements. L'enseignement de la médecine au Collège Royal et au Jardin des Plantes (Jardin Royal) est aussi décrit par M. Jarnotien de Villartay. Il n'est pas jusqu'aux difficultés qu'on avait à faire des dissections, jusqu'à l'histoire des larcins de cadavres qui ne trouve sa place, presque naturelle, dans ce travail historique plutôt que biographique.

(1) Thèse de Paris, 1889. Georges Carré, éditeur.

Pour le comprendre il suffit de se rappeler ce qui se produit dans la blennorrhagie masculine : le gonocoque, d'abord inoculé à l'entrée même de l'urèthre, envahit rapidement les parties profondes de ce canal, puis toujours gagnant de proche en proche, il atteint le col de la vessie ; quelquefois il ne s'arrête pas là, il pénètre dans l'uretère, puis dans le bassinet, et la cystite blennorrhagique se complique d'une pyélite, voire même d'une néphrite de même nature.

La même propagation ascendante se fait, et plus facilement encore, dans l'appareil génital de la femme : la muqueuse utérine est en effet un merveilleux terrain de culture, tant pour le gonocoque que pour beaucoup d'autres organismes pyogènes; la muqueuse des trompes qui s'y rattache par continuité directe présente à peu près les mêmes conditions anatomiques, et dans l'un comme dans l'autre organe, tout travail phlegmasique est entretenu par des poussées congestives périodiques, soit à l'occasion des règles, soit même à propos d'un simple rapport sexuel. Comment s'étonner si tant de femmes sont atteintes de complications de cet ordre, et une fois prises ont tant de peine à se guérir.

En effet, la salpingite utérine n'est pas une affection rare : tous les anatomistes qui veulent bien se donner la peine d'en rechercher les traces à l'autopsie peuvent au contraire se convaincre de sa fréquence.

Presque toujours les accidents débutent à la suite d'une couche ou d'une fausse couche mal soignée : à la faveur du traumatisme utérin, un germe pathogène s'inocule sur la plaie placentaire et y pullule sourdement ; il se développe une métrite plus ou moins intense avec un peu de fièvre et des phénomènes d'infection bénigne qui peuvent passer inaperçus. Au bout d'un temps plus ou moins long, à la suite du retour des règles, ou d'une fatigue intempestive qui congestionne les organes pelviens, les trompes à leur tour s'enflamment, tantôt d'un seul côté, le plus souvent des deux ; il se produit des douleurs abdominales plus ou moins violentes, parfois de la métrorrhagie. A l'époque suivante, nouvelle poussée congestive, nouvelle pullulation des microbes infectieux qui trouvent dans les replis, les villosités de la muqueuse des trompes, un terrain très favorable. Souvent, à cette phase initiale, il n'y a que de la salpingite catarrhale ; si le médecin intervient à temps par un traitement convenable, les choses pourront en rester là ; les microbes pathogènes disparaîtront, soit qu'ils meurent d'eux-mêmes, soit que les cellules de l'organisme se chargent de les détruire par phagocytose ; la guérison finira par s'établir sans autre dommage que quelques adhérences.

Mais plus fréquemment la maladie suit son cours; pendant des mois ou même des années à chaque époque menstruelle, chaque congestion résultant du coït ou d'une simple fatigue, vient réveiller l'état inflammatoire. Selon l'intensité de l'infection première, selon le mode de réaction de l'organisme, diverses éventualités se produisent. Tantôt la salpingite prend la forme adhésive, les trompes se reploient, se dévient en divers sens, s'oblitèrent même ; la stérilité qui en résulte presque toujours, en est le moindre inconvénient ; une conséquence heureusement beaucoup plus rare, mais toujours à redouter en pareil cas, c'est la grossesse extra-utérine avec tout son cortège d'accidents, rupture du kyste dans l'abdomen, hémorrhagie interne parfois mortelle, hématocèle pelvienne, péritonite, etc. Dans d'autres cas, ce sont les phénomènes congestifs qui dominent : des vaisseaux embryonnaires se forment aussi bien dans la cavité des trompes que dans celle de l'utérus ; à chaque fluxion cataméniale ou autre, il se fait des ruptures ; les hémorrhagies sont fréquentes, excessives, mais en même temps du sang s'épanche dans les trompes oblitérées et devenues kystiques ; ce sont les hémo-salpingites dont je vous ai parlé à propos de notre troisième malade. Souvent enfin, et c'est l'aboutissant commun de toutes les formes, la surpuration s'établit dans les organes malades, des abcès enkystés se développent et peuvent atteindre une énorme grosseur ; le péritoine au voisinage s'enflamme, se défend par des exsudats pseudomembraneux ; mais le pus accumulé finit par se faire jour, et la malade est enlevée par une péritonite suraiguë, si elle n'a pas auparavant succombé à la fièvre hectique ou à une autre complication.

Les symptômes de la salpingite utérine ne sont bien connus que depuis peu de temps; on les confondait auparavant avec ceux de la métrite et d'autres affections utérines ou péri-utérines. Aujourd'hui, en s'appuyant sur les résultats opératoires, on peut essayer d'en tracer le tableau.

Le début est en général insidieux : presque toujours, c'est à la suite d'une couche ou d'une fausse couche qu'il s'est manifesté une série de phénomènes, fièvre légère, douleurs dans le bas-ventre, sensibilité à la pression au niveau d'une des cornes utérines, révélant un faible degré d'infection puer-

---

Et, malgré tous ces détails qui, pour un critique sévère, paraîtraient déplacés, peut-être même à cause de tous ces détails superflus, surajoutés, greffés artificiellement sur l'œuvre primitive, le travail de M. de Villartay se lit avec le plus vif plaisir.

On y trouve exposées au long les difficultés qu'eut à surmonter Garengeot pour pénétrer dans la Faculté, ses déboires, ses succès, son ardeur à défendre la pratique de la chirurgie, la dignité du chirurgien à en rehausser l'éclat, son agrégation à l'Académie Royale de chirurgie, puis sa nomination au grade de chirurgien-major du régiment du roi, en 1742.

C'est en cette dernière qualité qu'il fit plusieurs campagnes, durant l'une desquelles il mourut à Cologne le 10 décembre 1759, d'une attaque d'apoplexie.

En vain par sa jactance, sa confiance en lui, son oubli de rendre à César ce qui revenait à César dans la description des méthodes nouvelles, Garengeot s'attira-t-il des reproches, des réclamations, des inimitiés, il n'en demeura pas moins une figure marquante dans l'histoire de la chirurgie.

Dans cette œuvre à larges proportions, l'auteur avait le droit de prendre ses aises. Aussi nous donne-t-il, dans la deuxième partie de sa thèse, une longue analyse, chapitre par chapitre, du *Traité des opérations* publié pour la première fois en 1720, par Garengeot, à Paris (en 2 volumes). — Cette analyse n'occupe pas moins de 280 pages. Par contre, le *Traité des instruments* semble avoir été sacrifié. L'analyse est si écourtée qu'elle n'occupe guère que 80 pages. On sait que la clef de Garengeot n'a été que modifiée par ce chirurgien. On ignore quel en fut l'inventeur. Le *sic vos non vobis* reste vrai ici encore.

La *myotomie humaine et canine* est encore moins étudiée. Trois pages suffisent à M. de Villartay pour nous en donner une idée. C'est d'ailleurs une des œuvres de Garengeot qui ont le moins de valeur.

Quant au Traité de Splanchnologie, l'auteur ne nous donne l'analyse que de l'Introduction, et son travail si courageusement commencé, édifié sur de si larges bases, se termine par cette note pleine de confusion : « Nous regrettons de ne donner ici que l'Introduction à la Splanchnologie, le temps ne nous ayant point permis d'achever l'analyse des chapitres avec précis historique, comme nous avions fait pour le traité des opérations, étude que nous avions presque terminée. »

pérale. Ces accidents ont paru se dissiper, sous l'influence du repos et de quelques révulsifs, mais le retour de couches a eu lieu avant le temps normal, l'écoulement a été très abondant et accompagné de coliques vives; depuis lors chaque époque est plus ou moins en avance, surtout quand la malade s'est fatiguée dans l'intervalle; l'apparition des règles est chaque fois annoncée par des douleurs dans le bas-ventre, avec sensibilité à la pression sur les côtés de l'utérus; enfin les pertes sanguines sont intenses, prolongées et épuisent la malade.

Chez beaucoup de femmes, on ne relève ni grossesse, ni fausse couche comme accident de début, mais seulement des fatigues sexuelles, de la vaginite, de la leucorrhée plus ou moins irritante, parfois de la cystite du col. Ces phénomènes sont les indices de la blennorrhagie qui a été le point de départ de l'infection, et il faut bien le dire, ce mode de début n'est pas spécial à une certaine classe de malades. Souvent, dans la clientèle privée, vous rencontrerez de jeunes femmes parfaitement constituées, mariées à des hommes vigoureux, et qui pourtant n'ont pas obtenu la maternité ardemment désirée. Vous apprendrez qu'au début même de la vie conjugale, il y a eu des signes d'irritation du côté des organes génitaux, de l'écoulement blanc, quelques irrégularités de règles, tantôt avance, tantôt retard si peu appréciable qu'on n'a pas eu le temps de croire à un commencement de grossesse. Puis, au bout de peu de mois ont paru des douleurs dans le bas-ventre, s'accentuant au moment des menstrues et accompagnées d'un peu de ballonnement abdominal, de nausées, parfois de vomissements; les règles sont devenues excessives, au point d'obliger la malade à rester étendue plusieurs jours pour modérer la perte. Si on se prête à vos investigations, peut-être réussirez-vous à savoir que le mari avait eu avant son mariage une blennorrhagie, dont il se croyait guéri, mais qui lui avait laissé un peu d'échauffement, une simple *goutte* à peine appréciable, cependant persistante, et capable de se réveiller sous l'influence d'un écart de régime et surtout d'une vive irritation sexuelle. Il n'en a pas fallu davantage : très innocemment et sans s'en douter, le mari a infecté sa femme; le gonocoque atténué s'est régénéré sur ce terrain vierge, a provoqué de la vaginite, puis de la métrite subaiguë; un ou plusieurs avortements ovulaires, inaperçus de la malade, ont préparé les voies à une infection plus profonde, la salpingite s'est développée sourdement, et la stérilité dont on se désole n'en est que la première et la moindre conséquence.

Quel que soit le mode de début, la maladie une fois constituée présente toujours à peu près le même tableau : à chaque époque menstruelle ce sont des douleurs abdominales, tantôt sourdes, parfois très aiguës et accompagnées de vomissements; les règles tendent à avancer, parfois reviennent tous les quinze ou vingt jours; l'hémorrhagie est abondante et dure longtemps, surtout si le repos complet n'est pas observé. Dans l'intervalle des époques, rarement la santé est parfaitement bonne; la moindre fatigue, une marche un peu longue, suffit pour réveiller les douleurs et même l'écoulement sanguin; un simple effort, tel que celui de la défécation, a parfois le même résultat, aussi les malades redoutent-elles la garde-robe et sont-elles presque toujours constipées. Chez un grand nombre, l'acte sexuel lui-même est douloureux, suivi de pesanteur à l'hypogastre et d'une sensation de plénitude au fondement. Parfois il y a des envies fréquentes d'uriner, et du tiraillement vésical à la fin de la miction. La santé générale, peu altérée au début, finit par se ressentir de tous ces troubles, qui se compliquent tôt ou tard d'un état nerveux bien compréhensible chez des malades qui ne cessent pour ainsi dire jamais de souffrir.

A l'examen direct des organes on constate d'abord de la métrite : l'utérus est augmenté de volume, peu mobile, douloureux à la pression ou au ballonnement; la muqueuse est épaissie, fongueuse et sécrète des mucosités sanguinolentes on opaques, parfois légèrement fétides. Mais ce n'est pas tout; si on explore soigneusement les annexes, chose facile à l'aide de la palpation bimanuelle, on les trouve tuméfiées et adhérentes; souvent (comme chez nos malades) on sent dans la profondeur du cul-de-sac latéral une tumeur cylindroïde, une sorte de boudin flexueux et moniliforme qui tantôt s'étend directement de la corne utérine à la paroi pelvienne, d'autres fois se recroqueville sur elle-même et forme une sorte de peloton irrégulier, immobile dans la cavité de Douglas. C'est la trompe enflammée et devenue kystique; presque toujours la plus légère pression à son niveau réveille une vive douleur.

Abandonnée à elle-même, la maladie guérit rarement. Chez beaucoup de femmes, la lésion arrivée à ce degré reste stationnaire; forcée de s'aliter à chaque époque de règles, la malade n'en mène pas moins tant bien que mal la vie de tout le monde, et à travers beaucoup de souffrances elle finit par atteindre la ménopause, après laquelle tout rentre dans l'ordre. Mais souvent aussi, notamment en cas de salpingite blennor-

---

N'est-il pas désolant de voir ainsi se terminer en queue de poisson, et même sans cette queue, un travail si bien commencé?

Et dire qu'il resterait encore l'analyse d'un autre travail de Garengeot : *De l'opération de la taille par l'appareil latéral ou la Méthode de frère Jacques corrigée de tous ses défauts* (1730). Il est vrai que d'après Chamberet (1) et L.-J. Bégin (1), c'est une œuvre sans grande valeur, ne renfermant aucune idée propre à l'auteur et destinée seulement à rappeler l'histoire de la méthode latéralisée, dont nous attribuons l'origine et presque toute sa perfection à des chirurgiens français.

*Pendent opera interrupta...*

s'écriait le poète. On se résigne à cette interruption lorsque la mort en est la cause; mais lorsqu'il eût suffi de quelques jours et de quelques feuilles de plus pour parachever une œuvre sans pareille dans la *Biographie Médicale*, le médecin curieux a le droit de gémir. J'use de ce droit non sans dire toutefois que la partie terminée est digne d'éloges et je les donne sans plus marchander.

(*A suivre*). Dr Albertus.

(1) Biographie Michaud, t. XVI, p. 469 et suivantes.
(2) Biographie médicale de Panckouke, t. IV, p. 339 et suiv.

Répartition actuelle du choléra en Perse. — En Perse, le choléra règne sur toute la frontière ouest; à l'Est il n'a guère dépassé Hamadan et sa marche semble incliner plutôt vers la Turquie d'Asie que vers l'intérieur du royaume. Il n'est, nulle part, très fort, et sans la multiplicité des points touchés et l'approche du printemps, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper. Malheureusement le printemps approche.

Eaux minérales. — Un arrêté du Ministre de l'Intérieur supprime l'emploi de médecin-inspecteur et de médecin inspecteur-adjoint dans une nouvelle station thermale, celle de Vals.

La lèpre a la Nouvelle-Calédonie. — Il résulte des dernières informations parvenues à Paris, que la lèpre apparue avec intensité en Calédonie, ne sévit pas seulement sur les canaques, mais aussi sur la population blanche. Le Conseil général de la colonie s'est ému et a voté l'établissement d'une sorte de lazaret.

rhagique, les accidents vont s'aggravant de jour en jour; à l'occasion d'une fatigue, d'un rapprochement sexuel, il se produit des poussées de péritonite, d'abord légères, puis plus intenses, accompagnées de fièvre et de vomissements; les douleurs deviennent continuelles, la station debout presque impossible. Alors la malade clouée sur sa chaise longue maigrit, devient anémique; l'asthénie nerveuse, l'hystérie se manifestent avec tous leurs cortèges de troubles fonctionnels, et on voit de malheureuses femmes s'éteindre ainsi à petit feu, minées par le découragement et la souffrance perpétuelle. Ou bien ce sont des accidents septiques qui dominent la scène; les trompes enflammées suppurent, des abcès se forment dans leurs circonvolutions et les distendent, il se produit des accès de fièvre réitérés. Parfois le kyste purulent s'ouvre dans la cavité abdominale, et une péritonite foudroyante enlève la malade en quelques heures; mais cette terminaison est rare, d'ordinaire le péritoine se défend par des barrières de fausses membranes qui s'épaississent à mesure que l'abcès augmente de volume. Au bout d'un temps plus ou moins long le pus se fraye une voie au dehors, et la poche se vide, soit dans l'utérus par l'*ostium uterinum*, soit plutôt dans le vagin ou dans le gros intestin par ulcération et perforation de ces conduits; alors la fièvre tombe, les douleurs se calment, il y a un peu de soulagement, mais cette rémission est de courte durée; bientôt le pus se reproduit, la poche kystique s'emplit de nouveau et recommence à comprimer la vessie et le rectum. Ces alternatives peuvent se prolonger longtemps, mais tôt ou tard le contenu du kyste purulent s'altère, devient putride, alors la fièvre prend le caractère hectique, les forces déjà bien diminuées se détruisent rapidement, et la malade finit par succomber dans le marasme.

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie sont très variables et souvent d'une extrême complexité; au premier abord on ne distingue rien qu'un paquet de fausses membranes englobant les annexes de l'utérus, et adhérant de toutes parts aux organes voisins. Une dissection attentive ne réussit pas toujours à démêler, dans ce peloton informe, ce qui appartient à la trompe, à l'ovaire, au ligament rond, au tissu cellulaire et au péritoine. Le temps n'est pas loin où on mettait tout sur le compte de la pelvi-péritonite, ou du phlegmon du ligament large. Aujourd'hui, grâce aux travaux de Lawson Tait, grâce à l'important mémoire publié par Cornil et Terrillon, dans les *Archives de physiologie* (Nov. 1887), nous savons que les lésions des trompes sont le fait capital, et que le reste est secondaire.

An premier degré on constate de la salpingite catarrhale; les trompes sont épaissies, augmentées de volume; la muqueuse fortement congestionnée est hérissée de villosités hypertrophiques, sa charpente est infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires; sa surface est recouverte d'un muco-pus dans lequel on peut trouver des microorganismes, et notamment, le gonocoque (Athmann). Souvent, dès cette première période, la trompe est déformée, flexueuse, oblitérée à son extrémité ou en un point quelconque de son trajet; les franges du pavillon sont tuméfiées et adhérentes à l'ovaire qu'elles recouvrent; il y a des traces de péritonite au voisinage.

A une phase plus avancée, les trompes oblitérées sont devenues kystiques : parfois le kyste est rempli d'un liquide clair, filant (hydrosalpinx); la muqueuse est alors amincie et pauvre en vaisseaux. Plus souvent le contenu de la poche est formé par du sang plus ou moins altéré, noir et liquide; ces hématomes ont en général des parois épaisses, formées d'une muqueuse turgide et sillonnée de vaisseaux embryonnaires; ils peuvent, par leur rupture dans le cul-de-sac péritonéal, être le point de départ d'une véritable hématocèle pelvienne. Enfin dans d'autres cas on trouve la trompe dilatée remplie de pus (pyo-salpinx); l'abcès ainsi formé est tantôt sans communication avec l'extérieur, tantôt il se vide dans l'utérus par l'*ostium uterinum*, ou dans le vagin ou le rectum par une perforation accidentelle; on a vu des malades dont les deux trompes étaient transformées en deux chapelets de kystes purulents, remplissant tout le petit bassin et solidement unis aux organes voisins par des adhérences.

Quels que soient la forme et le degré des lésions, les trompes malades sont presque toujours oblitérées, et plus ou moins déviées de leur situation normale. Les ovaires qu'elles entraînent à leur suite sont ordinairement coiffés de fausses membranes épaisses; leur tissu est sclérosé, leur surface présente des bosselures et des cicatrices dues à des follicules de Graaf, arrêtés à diverses périodes de leur développement. Le péritoine adjacent est enflammé, tapissé de fausses membranes; souvent les anses intestinales sont unies aux organes pelviens par des adhérences difficiles à détacher. Dans la cavité de Douglas on peut trouver ou une hématocèle consécutive à l'hémorrhagie de la trompe, ou des traces de grossesse extra-utérine, plus rarement un foyer purulent. Quant à l'utérus, il est presque toujours augmenté de volume et atteint de métrite parenchymateuse; comme on l'a vu, la métrite est le point de départ constant de la salpingite; elle l'accompagne dans son évolution. Chez les vieilles femmes seulement qui ont dépassé la ménopause, l'utérus est rentré dans le repos et ses lésions se sont effacées. Si les lésions anatomiques de la salpingite sont complexes et d'une interprétation parfois difficile, en revanche le diagnostic clinique est aisé, surtout quand on est instruit de la filiation des accidents : début insidieux à la suite d'un accouchement, d'une fausse couche ou d'une blennorrhagie; troubles fonctionnels d'abord peu accusés, règles avançant légèrement, très abondantes et accompagnées de douleurs dans le bas-ventre; plus tard, persistance de ces mêmes douleurs dans l'intervalle des époques, pesanteur hypogastrique exagérée par la moindre fatigue, point douloureux fixé au voisinage de l'utérus. A l'examen on constatera de la métrite, mais il faut pousser plus loin la recherche; par la palpation bimanuelle, au besoin par le toucher rectal, on explorera les régions péri-utérines. On trouvera dans un des culs-de-sac latéraux plus souvent dans les deux, un empâtement profond et avec un peu de soin et d'habitude, on arrivera à distinguer une tuméfaction cylindroïde, parfois moniliforme, allongée dans le sens transversal ou reployée capricieusement sur elle-même. Si la trompe dilatée et kystique est fixée dans la cavité de Douglas, on pourra la confondre avec une hématocèle pelvienne, d'autant plus que celle-ci est une des conséquences possibles de la salpingite; on évitera l'erreur en se rappelant la forme régulière de l'hématocèle, sa situation médiane et symétrique, son indolence, l'absence ordinaire d'exacerbations périodiques; au contraire la trompe kystique est presque toujours inclinée d'un côté, sa forme est allongée, boudinée pour ainsi dire; elle est très sensible à la pression et subit à chaque époque menstruelle une poussée congestive plus ou moins aiguë. Dans les cas plus anciens, quand la trompe et l'ovaire confondus en une masse unique sont pelotonnés en arrière de l'utérus et adhèrent fortement à sa face postérieure on peut être tenté de croire à un corps fibreux; on tiendra compte des différences de forme et de consistance, et on songera que les corps fibreux ne se développent guère comme conséquence d'une métrite puerpérale.

Je vous en ai assez dit sur les conséquences possibles de la salpingite pour vous convaincre de l'importance qu'il y a à traiter cette maladie de bonne heure, avant qu'elle ait produit des désordres irréparables. Les causes prochaines, comme vous l'avez vu, sont la blennorrhagie et la fausse couche, ou plutôt l'infection puerpérale qui lui succède si souvent. Insistez donc autour de vous sur les dangers de la blennorrhagie chez la femme, sur la nécessité pour tout homme de guérir radicalement une vieille blennorrhée avant de contracter mariage, sous peine de communiquer à sa femme une maladie presque aussi funeste que la syphilis. D'autre part, ne craignez pas de conseiller la prudence aux jeunes mariés, et de les mettre en garde contre les dangers des fausses couches, des avortements ovulaires qui si souvent passent inaperçus, et sont le point de départ d'une infection utérine à marche lente.

Si le mal est fait, si à la suite des accidents que vous connaissez il y a des signes irrécusables d'inflammation des trompes, des douleurs, des métrorrhagies, des poussées de pelvi-péritonite, vous prescrivez d'abord et avant tout le repos absolu *au lit*, cette préface indispensable du traitement de la plupart des maladies utérines. En même temps vous appliquerez des révulsifs : ventouses scarifiées sur l'hypogastre, vésicatoires en série, pointes de feu ; vous administrerez l'ergotinine pour lutter contre la congestion des organes pelviens, l'iodure de potassium pour favoriser la résorption des exsudats ; vous lutterez contre l'anémie par les toniques et l'alimentation. Plus tard quand les phénomènes inflammatoires seront à peu près dissipés, vous pourrez essayer d'une saison d'août à Kreuznach par exemple, ou mieux encore à Salies de Béarn. Quand le mieux s'accentue, n'oubliez pas de maintenir le repos sexuel absolu ; souvent un seul rapprochement sexuel, par l'état congestif qu'il détermine, suffit à réveiller les processus morbides et à faire perdre le bénéfice de six mois de traitement. Surveillez aussi avec grand soin les époques menstruelles ; conseillez aux malades d'éviter toute fatigue, et même de garder le lit à l'approche des règles ; à ce prix seulement elles éviteront les retours offensifs.

Si vous avez affaire à une forme médiocrement virulente, si on vous a consulté de bonne heure, et si votre malade suit docilement vos avis, souvent vous aurez la satisfaction de voir les accidents disparaître, et la santé générale se rétablir. Mais presque toujours la malade restera stérile, et mieux vaut d'ailleurs qu'elle ne coure pas la chance d'une nouvelle conception, qui pourrait aboutir à une grossesse extra-utérine. Souvent aussi il faut bien le dire, l'amélioration ne sera que temporaire, les troubles menstruels reparaîtront, il y aura des attaques de péritonite, nécessitant les sangsues, les applications de glace sur l'abdomen. Dans ces conditions, si la suppuration menace, si l'état névropathique s'aggrave, si la cachexie utérine apparaît, n'hésitez pas à conseiller le recours au chirurgien, et insistez pour que la résolution soit promptement prise. Au début de la salpingite, en effet, l'ablation des annexes est une opération relativement facile, et la guérison consécutive presque assurée ; plus tard quand les trompes dilatées sont remplies de pus, quand les adhérences ont gagné de toutes parts, l'intervention chirurgicale devient excessivement laborieuse ; elle entraîne les plus sérieux dangers et, chose triste à dire, même quand elle réussit, elle ne supprime pas toujours l'état névropathique, développé et exaspéré par des années de souffrance.

---

## TÉRATOLOGIE

### UN CAS D'HÉMIMÉLIE,

Note communiquée à la Société d'anthropologie,

par M. G. VARIOT.

J'ai l'honneur de présenter à la Société le bras d'un enfant hémimèle qui a succombé à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service dont je suis actuellement chargé.

L'*Hémimélie*, bien étudiée par Geoffroy Saint-Hilaire, serait en quelque sorte intermédiaire, d'après lui, entre la *phocomélie*, dont j'ai présenté un bel exemple à la Société, il y a quelques années, et l'*ectromélie*.

Dans la phocomélie, le membre tout entier existe, mais extrêmement réduit dans ses dimensions ; dans l'ectromélie, le membre est à peu près absent ou représenté par un court moignon informe ; dans l'hémimélie, l'arrêt de développement n'a porté que sur un segment du membre.

L'exemple que nous présentons de cette dernière monstruosite a été recueilli sur un enfant mâle âgé de trois ans.

Le bras gauche seul était mal formé ; le bras droit, les membres inférieurs étaient normaux.

L'enfant avait un développement moyen pour son âge ; aucune autre difformité extérieure, ni aucune monstruosité viscérale ; il a succombé à une maladie infectieuse.

Les renseignements sur les antécédents de famille nous font entièrement défaut comme il arrive d'ordinaire dans le milieu hospitalier ou nous observons.

Le bras du côté gauche, de même que l'épaule, sont bien conformés ; l'articulation du coude, de même, a un aspect extérieur normal.

La monstruosité porte tout entière sur l'avant-bras qui semble amputé à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur. La comparaison avec un membre amputé est d'autant plus exacte qu'on remarque un pli déprimé de la peau, demi-circulaire, à l'extrémité du moignon, comme si deux lambeaux s'étaient accolés par un travail de réparation cicatricielle.

A l'extrémité de ce moignon, en dehors du pli que nous venons de signaler, on remarque deux petits tubercules entanés arrondis, pédiculés, de la grosseur d'une lentille ; si on écarte ces deux tubercules qui se touchent, on aperçoit entre eux deux autres saillies très petites mais très distinctes de la grosseur de petits plombs de chasse.

La peau dans toute cette région est saine et d'une coloration normale.

On sent très distinctement par le palper du moignon deux extrémités osseuses correspondant au radius et au cubitus brusquement sectionnés.

Du reste ces deux fragments d'os se prolongent jusqu'au coude dont l'articulation est normale en apparence. Les mouvements de flexion et d'extension du coude s'effectuaient bien pendant la vie.

Etant donnée la netteté de la section de l'avant-bras, le pli d'apparence cicatricielle, il y a lieu de se demander si cette hémimélie n'est pas le résultat d'une amputation congénitale.

Cet accident embryonnaire ne devrait-il pas être rapproché de ceux sur lesquels M. Proust a rappelé récemment l'attention sous le nom d'*aïnhum* congénital (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1889).

Nous ne pensons pas que cette interprétation doive être acceptée. La jeune Alvinhac qui a été étudiée par M. Proust et que nous avons revue à la consultation du bureau central a des amputations congénitales vraies des doigts. Mais on peut

suivre sur elle le mécanisme de ces mutilations, car on retrouve des plis circulaires sur les orteils, qui ont été pédiculisés sans être sectionnés.

On observe des plis du même genre sur la jambe et la cuisse comme si ces parties avaient été serrées avec de fortes jarretières. Il s'agit probablement dans ce cas d'une sorte de sclérodermie circonscrite d'origine embryonnaire, suivant l'opinion de M. Besnier.

La présence de tubercules au nombre de quatre à la surface du moignon de notre enfant est le vestige des doigts qui n'ont pas continué à évoluer.

Or si l'on suppose une amputation congénitale complète, il nous paraît difficile d'expliquer cette ébauche de poussée embryonnaire digitale sur une peau qui n'aurait rien de commun avec celle de la main (1).

Je me propose de faire une dissection soignée de cette pièce et de rechercher le mode de terminaison des leviers osseux, des nerfs, des vaisseaux, etc., dans le moignon congénital.

A l'autopsie, le cerveau ne nous a rien montré de remarquable. Les circonvolutions rolandiques, spécialement dans la région du lobe paracentral, étaient symétriques et normales sur les deux hémisphères.

Cette atrophie ou mieux cette absence d'un segment de membre ne paraît donc pas avoir retenti sur le centre moteur cérébral.

Reste à examiner la moelle épinière dans la région cervicale. Trouverons-nous une atrophie, une asymétrie dans les cornes antérieures? Cela est possible d'autant que dans des recherches sur la moelle épinière des personnes amputées pendant leur vie, certains observateurs, spécialement M. Hayem, ont constaté des lésions très évidentes.

Je compléterai cette présentation par une communication ultérieure sur tous ces points encore douteux.

## HYGIÈNE

### ÉTUDES D'HYGIÈNE PÉDAGOGIQUE

*L'éducation de l'instituteur, pédagogie pratique et administration scolaire,* par Léon Chauvin, directeur d'école normale. Paris, Alcide Picard et Kahos (3,50). — *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens,* par le Dr Félix Lagrange. Paris, Félix Alcan (3,50). — *L'hygiène à l'école à l'usage des écoles normales,* par le Dr Bach. Paris, Picard et Kahn (1 fr.). — *Guide hygiénique et médical de l'instituteur,* par les docteurs Delvaille et Brenig Goris F. Nattran (4 fr. 25). — *La renaissance physique,* par Philippe Daryl. Paris, Hetzel (3,50). — *L'Enfant,* son passé, son avenir, par Grimard. Paris, Hetzel (3,50), etc.

I

Après quelques détails donnés à propos du livre de M. Rochard (voir les deux derniers numéros de décembre), j'aborde aujourd'hui l'étude de l'hygiène dans nos écoles primaires; mais je dois tout d'abord présenter à mes lecteurs quelques livres, qui, depuis mon dernier article, m'ont été envoyés et dans lesquels sont traitées les questions mêmes qui rentrent dans le cercle de mes études actuelles. Je renvoie à plus tard les appréciations qu'a bien voulu me demander mon excellent ami et rédacteur en chef au sujet des réformes récemment apportées à l'emploi du temps dans les lycées et collèges. Elles ont suivi de très près le livre du Dr Rochard.

— Le premier livre dont j'ai à parler, l'*Éducation de l'instituteur*, par M. Chauvin, n'est pas précisément un livre d'hygiène pédagogique. C'est le recueil des leçons données aux élèves de l'École normale d'Angoulême, et on y voit quel souci a l'université des maîtres à qui elle confie l'éducation de nos jeunes Français. D'intéressants chapitres sont consacrés à la psychologie, à l'éducation du jugement et des sens, aux procédés généraux d'enseignement des diverses matières contenues dans les programmes; des notions de morale générale de morale pédagogique, des leçons très ingénieuses et très pratiques sur les devoirs civiques, sur la conduite du futur instituteur, font de ce livre une lecture très attachante et très instructive.

— Nos lecteurs connaissent le livre de M. le Dr Lagrange, de Limoges, sur la *Physiologie de l'exercice* parn il y a deux ans, dans la *Bibliothèque scientifique*, de Félix Alcan, et couronné par l'Académie des sciences. C'est un résumé de toutes nos connaissances sur les phénomènes et les résultats de l'exercice mis au courant des dernières expériences et des dernières découvertes. Il a été analysé ici et nous n'avons pas à y revenir; mais, comme suite à ce volume, notre confrère nous promet deux livres, l'*Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens* et l'*exercice chez l'homme adulte*, dont le premier a paru il y a quelques semaines chez Alcan.

Nous utiliserons ce premier volume dans nos études, car en fait d'exercices, M. Lagrange est une autorité. Nous ne voulons dans cet article d'introduction que donner une idée de la nouvelle œuvre de notre confrère.

Le livre est divisé en cinq parties: les systèmes d'exercice, les indications de l'exercice, les applications et précautions, le physique et le moral, les conséquences pédagogiques.

De même que dans son ouvrage de physiologie, M. Lagrange fait une grande différence entre les exercices athlétiques, qui doivent donner la force, et les exercices hygiéniques qui ne visent qu'à conquérir la santé. Il ne veut pas que l'enfant fasse trop tôt de l'exercice raisonné, régulier, de la gymnastique à appareils, laquelle déforme souvent le corps à une période de la vie où il est très malléable. Il veut l'exercice en plein air, les jeux, le saut, la course qui mettent en mouvement l'organisme tout entier, et assurent par conséquent le fonctionnement normal de tous les organes. Il indique les règles propres à obtenir de cette pratique un sérieux profit et il donne d'excellents conseils hygiéniques. Ce livre doit être entre les mains de tous les professeurs de gymnastique et d'escrime, et servir de guide à leur enseignement. Une particularité sur laquelle insiste fréquemment M. Lagrange, c'est que le travail demandé au cerveau par certains exercices impose à cet organe une fatigue beaucoup plus grande que tel ou tel travail intellectuel; par conséquent il ne faut pas croire que tous les exercices soient capables de faire diversion à la fatigue intellectuelle et de corriger les effets du surmenage. Sans doute, et nous le montrerons à propos de l'escrime, M. Lagrange force un peu la note, mais il est bon que le principe lui-même soit toujours présent à l'esprit de ceux qui dirigent l'éducation de la jeunesse.

— Sous ce titre *l'Hygiène de l'école* à l'usage des écoles normales, etc., le Dr Bach a écrit, pour la librairie Kahn et

(1) M. Mathias Duval a fait remarquer justement que les fonctions de nutrition de l'embryon étaient analogues à celles des animaux à sang froid et que, de même qu'on voit des bourgeons de membre se régénérer après amputation sur les batraciens, de même des ébauches de doigts peuvent se montrer sur un membre d'embryon sectionné par une bride amniotique ou par tout autre agent. Nous acceptons volontiers l'interprétation de ce savant embryologiste.

Picard, une petite brochure bien faite pour mettre au courant des choses de l'hygiène scolaire tous ceux qui, à un titre quelconque, ont mission de s'occuper des écoles et de la santé des écoliers. Voici les titres des chapitres :

« Salubrité des locaux scolaires (construction, air, ventilation, chauffage, mobilier, etc). Hygiène générale des élèves (maladies contagieuses et épidémiques). Vaccination; Médecine d'urgence, Récréation (gymnastique, etc.). Notions d'hygiène générale. »

C'est un livre utile dans lequel les notions théoriques sont présentées avec précision et clarté.

— J'ai essayé, avec mon confrère et ami le Dr Brencq, de faire à l'usage des instituteurs, un guide *hygiénique et médical de l'instituteur* qu'a édité la librairie Nathan. Nous y parlons sommairement, mais à peu près complètement, de tout ce qui a trait à la salubrité de l'école et à la santé de l'écolier. Le *Guide* est divisé en 3 parties. La première consacrée à l'*entretien de l'état de santé ou état physiologique*, comprend certaines règles applicables aux enfants des écoles.

La deuxième partie, consacrée *aux maladies contagieuses*, dans laquelle les matières sont rangées par ordre alphabétique, donne les affections qui peuvent se communiquer d'enfant à enfant et dont il est bon d'arrêter, dès le début, la propagation en renvoyant chez lui le petit malade, et en le maintenant isolé de ses camarades tant qu'il reste pour eux un danger.

La troisième partie donne, dans le même ordre, la liste des *maladies* et des *accidents* qui peuvent se produire pendant que les enfants sont sous la direction du maître. On y indique le moyen de remédier à ces accidents et maladies.

C'est un livre qu'un grand nombre de maires ont fait distribuer aux écoles de leurs communes.

—Je n'ai pas besoin de présenter à nos lecteurs le livre classique de Philippe Daryl ; la *Renaissance physique*. M. Daryl (Paschal Grousset) fait depuis deux ans une belle campagne en faveur de la régénération physique de l'écolier français. La sédentarité, le surmenage intellectuel et tous les désordres qu'ils entraînent, il veut les combattre par le développement du corps mais il trouve que cet avantage ne peut se rencontrer que dans la propagation des jeux en plein air. Il les a vus en pratique en Angleterre, il en a constaté les excellents résultats et il veut faire profiter son pays de cette éducation corporelle qui peut sauver notre race de la décadence. Sous son impulsion et grâce à la lecture de son ouvrage, une société s'est formée pour favoriser l'installation des jeux dans tous nos établissements français d'instruction.

— J'ai gardé pour le dernier un livre bien attrayant et qui aborde avec une grande ampleur, la question de l'*Enfant*. Il est de M. Grimard, qui sait répandre, avec tant de succès dans le public, les éléments de toutes sciences ; et il a pour titre : *L'enfant, son passé, son avenir*. La première partie traite *d'hygiène* et elle suit l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son entrée à l'école, s'occupant de son vêtement, de sa nourriture, touchant à toutes ces questions avec un tact exquis et une connaissance parfaite des choses. Dans la seconde partie, qui est intitulée *Physiologie*, on nous parle du cerveau de l'enfant, de son intelligence, de son imagination et de ses facultés diverses. Enfin, la troisième, nous initie aux progrès de l'éducation de l'enfant depuis l'origine des temps civilisés. M. Grimard a des pages d'une grande envergure sur la science, sur la famille, vrai cours de morale qui mérite d'être lu par tous les pères de famille et surtout par les médecins.

Telle est l'analyse des livres que j'ai reçus récemment; pour écrire les articles qui suivront celui-ci, j'ai consulté aussi nombre d'ouvrages dont l'analyse a paru ici ou qui sont trop anciens pour être analysés en ce moment, mais auxquels j'ai fait des emprunts que je signalerai chemin faisant : l'article *École* de Layet, dans le dictionnaire encyclopédique; les livres d'hygiène scolaire de Pecaut (Hachette) ; l'*Inspection médicale* des écoles de Mangenot (Masson); les communications de Thorens Fieuzal, Ollivier, du regretté Ferdinand Dreyfus à la Société de médecine publique ; le livre de mon confrère et ami Van Gelder : *Notions élémentaires de sciences d'anatomie, et de physiologie appliquées à l'étude de la gymnastique*, guide excellent pour tous ceux qui enseignent ou surveillent les exercices des écoles ; *l'Éducation en Angleterre* de Pierre de Coubertin (Hachette), qui renferme des renseignements précieux sur l'éducation corporelle dans ce pays; *l'Hygiène à l'école* du Dr Collineau, plaidoyer chaleureux en faveur de la santé de l'enfant; *le Surmenage intellectuel et les Exercices physiques* (J.-B. Baillière), par le Dr Riant, à qui sa position de professeur d'hygiène à l'école normale de la Seine et au lycée Charlemagne donne une grande autorité en la matière; un petit volume, *Cours d'hygiène*, signé Thoinot, avec préface du Dr Brouardel, très pratique et très clair à l'usage des écoles normales (Delagrave, 2 fr.) et une intéressante *Revue « athlétique »*, dirigée par M. de Coubertin et paraissant tous les mois (Delagrave).

Je citerai encore les livres de Fonssagrives, de Perez, Gréard, Vessiot, Mme Kergomard, etc. J'ai largement puisé dans tous ces livres pour préparer la série d'études de l'hygiène pédagogique dans les écoles primaires et dont je donnerai prochainement le premier chapitre.

Dr C. Delvaille.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traité pratique d'accouchements, par le Dr Auvard (Paris, 1889. Doin.)

Nous avons pris plaisir à retrouver, dans le traité d'accouchements que vient de faire paraître le Dr Auvard, les qualités de méthode et de classification que présentaient déjà ses autres publications.

Accoutumé à l'enseignement et pénétré de l'importance d'un bon plan pour l'étude d'une question, l'auteur a cherché à catégoriser et à schématiser autant que possible les parties principales de son sujet.

Chaque chapitre est précédé d'un sommaire et illustré de nombreuses figures très démonstratives. Signalons en particulier, dans la première section du livre, celles relatives à la fécondation et à la formation de l'œuf, de même les schémas relatifs à la structure de l'utérus et à ses modifications pendant la grossesse.

L'étude des présentations, précédée de l'ingénieux dessin de l'ovoïde fœtal ou ovoïde céphalique et ovoïde cormique, est illustrée de nombreuses figures : leur diagnostic par l'interrogatoire, le palper, le toucher et l'auscultation clairement exposé. Les schémas des foyers d'auscultation pourront paraître précisément un peu théoriques. Mais ils n'en paraîtront aussi que mieux fixés dans la mémoire.

L'accouchement, ses phénomènes physiologiques, son mécanisme, les phénomènes plastiques, forment la deuxième section. Nous y signalerons l'opinion particulière de l'auteur au point de vue du dégagement des épaules après la sortie de

la tête dans la présentation du sommet, le mécanisme dans la sortie de l'enfant par le front, et enfin au point de vue pratique, le chapitre ayant trait à la conduite à tenir au moment de l'accouchement en général et suivant chaque présentation et chaque position.

Un chapitre est relatif à l'accouchement annexiel, le post-partum, les suites de couches tant au point de vue de la mère que de l'enfant, les soins à donner à celui-ci sont ensuite clairement exposés. A noter les schémas relatifs à la dentition et la nouvelle convense, un peu différente de celle jusqu'ici employée (1).

L'allaitement naturel et artificiel, la pathologie de la grossesse et en particulier l'éclampsie, font le sujet des chapitres suivants. La septicémie puerpérale, la manière de pratiquer l'antisepsie obstétricale, forment autant de chapitres dont la lecture sera très utile aux praticiens.

Dans la dystocie, nous signalerons spécialement ce qui est relatif aux rétrécissements du bassin, aux déviations de l'utérus et aux fibromes; le traitement relatif à l'insertion vicieuse du placenta. L'histoire des maladies des membranes et du fœtus, la gémellité et la grossesse extra-utérine en y joignant un chapitre intercalaire consacré au nouveau-né et l'étude de l'avortement et de l'accouchement prématuré nous amènent à la cinquième section, à la thérapeutique puerpérale.

Le forceps, la version, l'embryotomie y sont exposés selon la technique actuelle. Signalons à ce propos le cranioclaste double de l'auteur et son forceps podalique; une bonne étude de l'opération césarienne et de ce qu'il importe de savoir au point de vue médico-légal à l'accoucheur termine ce volume, dont la lecture est à recommander.

La syphilis cause d'avortement, par le Dr Legrand. (Paris, 1889. Davy.)

L'avortement syphilitique est fréquent, d'ordinaire il se fait vers le septième mois, le père étant seul syphilitique peut transmettre l'affection à son enfant, et la mère rester indemne. Père et mère syphilitiques donnent un enfant syphilitique, surtout si leur maladie est récente, d'autant mieux lorsqu'elle est à la période des manifestations évidentes. L'enfant vient au monde syphilitique visiblement ou en présence d'une syphilis qui se manifestera quelques jours, parfois quelques années plus tard.

La nécessité du traitement spécifique s'impose pour la mère pendant la grossesse, une fois le diagnostic de syphilis établi pour l'un ou l'autre, ou pour l'un et l'autre des auteurs. Grâce à lui, l'avortement peut être évité et l'enfant mis au monde sans aucune tare.

Fixation de la paroi antérieure de l'utérus a la face postérieure de la paroi abdominale dans le traitement du prolapsus utérin, par le Dr Dumoret. (Paris, 1889. Davy.)

Cette thèse inspirée par M. Terrier est un plaidoyer en faveur de l'hystéropexie et contre l'opération d'Alexander. L'hystéropexie peut être faite de différentes manières, soit en fixant les cornes utérines à la paroi abdominale (Olshausen), soit en interposant aux lèvres de la plaie abdominale le pédicule d'un ovaire enlevé (Philipps), soit enfin, comme le fait M. Terrier, en suturant directement la face antérieure de l'utérus à la plaie abdominale.

Cette manière de faire consiste à suturer toute la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au niveau du col au catgut avec la paroi abdominale antérieure et dans l'inclusion de cette première suture utéro-pariétale par une autre exclusivement pariétale et faite avec du crin de Florence.

Trois opérations faites avec ce procédé ont donné un résultat immédiat excellent, mais D... fait remarquer à juste titre qu'une observation prolongée est nécessaire pour juger comparativement l'hystéropexie. Berthier.

## CHIRURGIE.

Manuel du brancardier de frontière. — Transformation du matériel du service ordinaire en matériel de secours, par le Dr P. Bouloumié. Paris, 1889 (Extrait des mémoires de la Société de médecine pratique.)

Nul n'ignore qu'à la suite des grandes batailles les moyens de transport réglementaires seront absolument insuffisants et qu'il faudra recourir, par voie de réquisition, aux voitures de toute sorte disposées pour le mieux afin d'éviter aux blessés les cahotements de la route. Le corps des brancardiers de frontière, que se propose d'instituer l'auteur, aurait précisément pour mission de préparer le matériel agricole et industriel nécessaire, en s'exerçant dès le temps de paix à sa transformation.

Faire des brancards avec des cordes, des fragments de bois, des draps, des sacs, des bottillons de paille, voilà qui sera souvent nécessaire; aménager des chariots, des chars, des charrettes en usage journalier, dans la campagne, voilà encore qui s'imposera. La voiture lorraine, prise comme type des modifications à faire subir aux véhicules en général, deviendra à l'aide de quelques cordes et traverses, capable de transporter cinq à six hommes couchés; les grandes fourragères ayant une longueur de quatre à cinq mètres pourront être employées aussi pour l'enlèvement de six à sept blessés étendus de leur long; les charrettes à deux roues dites jardinières ou voitures de bouchers suffiront à l'aide de modiques dispositions au transport de trois à quatre blessés couchés, dont un ou deux reposant la tête à l'avant sur le fond bien garni de paille et deux à l'étage supérieur; enfin les charrettes à deux roues dites charrettes espagnoles en usage dans tout le midi de la France, seront facilement aménagées, elles aussi, pour transporter, suivant leur largeur trois à cinq blessés.

Au sujet du relèvement de ces derniers, l'instruction à donner aux brancardiers de frontière ne devra pas différer de celle qui est donnée en temps normal aux brancardiers des corps de troupe. Les uns et les autres auront à se servir de brancards, les uns et les autres devront porter secours à des hommes plus ou moins gravement atteints.

Signalons pour terminer les soins particuliers que réclame le chargement des blessés sur les voitures et les aménagements que l'on peut faire subir aux wagons à marchandises pour faciliter leurs transports. Avec l'appareil à cadres de l'auteur, avec son appareil à simples montants auxquels on pourrait joindre pour le cas où on manquerait des cordes nécessaires pour former l'un d'eux, l'appareil à perches horizontales, on n'a ni un trou à percer, ni une attache nouvelle à placer dans les parois des véhicules et sans les détériorer en aucune façon, on réalise une installation s'adaptant indistinctement à tous les wagons en usage sur les diverses lignes quelles que soient leurs dimensions.

Rappelons enfin que ce manuel, à tous égards si recommandable, est lui-même vendu au profit de l'œuvre des brancardiers de frontière. Amat.

(1) Voir Berthod, la couveuse et le gavage, etc. Paris, 1887, Doin.

## NOTES ET INFORMATIONS

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il va être établi à titre d'essai un dispensaire-infirmerie, destiné au traitement des maladies des enfants qui ne seront internés qu'en cas de nécessité absolue.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Année scolaire 1888-89. Le rapport de M. le Doyen contient les détails intéressants ci-après que nous donnons sans commentaires. Le nombre des étudiants au 15 octobre 1888 était de 3,782, à la fin de l'année, il s'élevait à 3,894; augmentation, 112. — Sur les 3,894 élèves, il y a 3,773 hommes, 121 femmes. — Le nombre total des étudiants étrangers est de 729, savoir 622 hommes, 107 femmes. Au point de vue de la nationalité les étrangers se subdivisent ainsi : Allemands, 5; Américains, hommes, 139, femmes 1; Anglais, hommes 35, femmes, 9; Autrichiens, hommes, 5, femmes, 1; Grecs, hommes, 30, femmes, 1; Russes, hommes, 150, femmes, 93; Serbes, hommes, 18, femmes, 1; Turcs, hommes, 60, femmes, 1.

Les pays suivants ne sont représentés que par des élèves du sexe masculin, savoir : l'Australie, l'Ecosse, la Hongrie, la Norvège, la Perse, la Suède, chacun un élève; la Hollande, 4; la Bulgarie, 5; la Belgique, 6; l'Italie, 8; l'Egypte, 11; le Portugal, 16; la Suisse, 21; l'Espagne, 37; et la Roumanie, 66.

D'autre part, 399 élèves ont été reçus docteurs, et sur ce nombre, nous comptons : Français, 349, dont 4 femmes; étrangers, 50, dont trois femmes de nationalité russe. Il a été reçu dans la même année 15 officiers de santé, 114 sages-femmes de 1re classe et 9 de 2e classe. Au point de vue budgétaire, nous relevons les chiffres ci-après. Recette 573.147 fr. 50, dépense, 1,284.172 fr. 93. (*Académie de Paris, Conseil général des Facultés.*)

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE COMMIS PAR UNE SAGE-FEMME. — Le tribunal correctionnel de Lorient, a condamné à six mois de prison, une sage-femme de Merville, qui aurait, faute d'avoir pris les précautions nécessaires, occasionné en un mois la mort de sept accouchées qui ont succombé à la fièvre puerpérale.

ETABLISSEMENTS INSALUBRES ET DANGEREUX. — Par décret en date du 15 mars, sont déclarés insalubres (à ajouter aux décrets des 3 mai 1866 et 5 mai 1888) les industries ci-après : fabrication des caoutchoucs, fonderies de chlorures de plomb; fabrication d'engrais et insecticides à base de goudron ou de résidus d'épuration du gaz, grillage des minerais sulfureux, fonte aux acides des graisses, traitement des minerais de métaux précieux, porcheries comprenant plus de six animaux ayant cessé d'être allaités lorsqu'elles ne sont pas l'accessoire d'un établissement agricole, ou lorsqu'elles sont situées dans les agglomérations urbaines de 5,000 âmes et au-dessus.

LA RAGE A PARIS, EN 1889. — Dans le courant de l'année 1889, 236 personnes du département de la Seine, mordus par des chiens enragés, sont venues à l'Institut Pasteur. Il en est mort 3, soit une mortalité de 1, 27 0/0.

Pendant le même espace de temps, 40 personnes, inscrites sur les listes de la Préfecture de police comme mordues par des chiens enragés, n'ont pas été traitées à l'Institut Pasteur. Il en est mort 3, soit une mortalité de 7,50 0/0.

L'AFFAIRE DE RODEZ. — L'on se rappelle que les médecins de Rodez ayant refusé leur concours au procureur de la République et au juge d'instruction avaient été condamnés à l'amende par le juge de paix, et acquittés en appel devant le tribunal correctionnel.

Le tribunal les relaxa, en effet, en décidant qu'ils avaient pu refuser leur concours au parquet, parce qu'ils n'avaient pas été requis à propos d'un flagrant délit.

Mais la cour de cassation n'a point partagé l'opinion des juges correctionnels.

Sur le pourvoi formé par le procureur de la République de Rodez, la chambre criminelle, conformément aux conclusions de M. l'avocat général Bertrand, vient de casser leur décision.

L'arrêt de la cour suprême porte en substance :

« Il y flagrant délit lorsque, comme dans l'espèce, à la suite de la disparition d'une jeune fille, son cadavre est retrouvé dans un lieu public.

« Sont donc en contravention les médecins qui, requis par le juge d'instruction de faire les constatations urgentes et techniques, ont opposé à deux réquisitions dont la première datait du lendemain de la découverte du cadavre et dont la seconde a été renouvelée trois jours après, un ensemble de résistances pour se dérober à des ordres réitérés de justice, s'appliquant à une seule et même affaire et à l'accomplissement des mêmes devoirs ».

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Le Dr Ulysse Trélat, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été frappé il y a quelques jours d'une congestion pulmonaire à laquelle il vient de succomber. Le Dr Trélat était âgé de 62 ans.

***

*Assistance publique* (Hôpital Saint-Louis). — Le Conseil municipal a voté l'agrandissement des baraques du service de chirurgie de cet hôpital et l'installation d'une salle d'opérations. Cette salle sera installée dans le pavillon Cazin et mise en communication directe avec les salles de malades. La dépense est évaluée à 16,390 fr. 34 c.

***

*Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 20 mars 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire : au grade de : médecin principal de 1re classe, M. Talon (Jean-Emile-Germain), médecin principal de 2e classe. — Médecin principal de 2e classe, MM. Richard (Eugène), Willigens (Joseph-Guillaume), médecins-majors de 1re classe. — Médecins-majors de 1re classe, MM. Duc (Jean-Louis-Marie-Alexandre), Martin (Marcel-Albert), Passabosc (Adrien-Eugène), médecins-majors de 2e classe. — Médecins-majors de 2e classe, MM. Ott (Eloi-Médard), Pascand (Jules-Louis-Andréa), Ferraton (Louis-Marius), Bonnany (Paul-Jules), Prunières (Antoine-Marie-Joseph), médecins aide-majors de 1re classe.

***

*Corps de santé de la marine.* — Par décret en date du 21 mars, ont été nommés dans le corps de santé de la marine au grade de médecins de 2e classe, MM. Guinier (Pierre-Louis), Vasticar (Emile-Eugène), Rul (Marie-Joseph), Blanc (Romain-Pierre-Albert), Chauveau (Eugène-Henri).

***

*Asiles de convalescence pour femmes en couche.* — La ville de Paris vient de décider la fondation d'un asile de convalescence pour les femmes en couche dans la propriété de Fontenay-aux-Roses léguée à la ville par Mme Ledru-Rollin.

Il est question également de la construction d'un asile dortoir pour femmes enceintes dans les terrains désaffectés du cimetière Montparnasse.

Dans la même séance, le Conseil municipal a renvoyé à l'administration une pétition concernant l'isolement ou la désaffectation de l'hôpital Trousseau.

— Par arrêté en date du 24 mars 1890, du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, il sera ouvert le 10 novembre, 1890, un concours, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

***

*Concours du bureau central en médecine.* — Voici la liste des candidats au concours du Bureau central en médecine admis à subir la seconde épreuve :

MM. Babinski, Charrin, Siredey, Thibierge, Achard, Bourcy, Delpeuch, Lehreton, Lermoyez, Marfan, Morel-Lavallée, Richardière, Robert, Darier, de Gennes, Deschamps, Florand, Gauchas, Guinon (L.), Havage, Legendre, Mathieu, Widal, Galliard, Béclère, Gallois, Œttinger, Duflocq, Gilles de la Tourette.

*Concours du bureau central en chirurgie.* — Le jury définitif est ainsi constitué, M. Guyon, président; MM. Reclus, Berger, Monod, Richelot, Audhoui, Tarnier.

M. Richelot ayant été absent lors de la première épreuve, le jury ne renferme que six membres.

La question écrite a été : *Corps thyroïde. Traitement des tumeurs du corps thyroïde.*

***

*Hôpitaux de Reims.* — M. Hache est nommé médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu.

***

*Ecole de médecine d'Amiens.* — Sont nommés : professeur de pathologie externe, M. Moulonguet, professeur de clinique chirurgicale, M. Peugniez, chef de clinique obstétricale et gynécologique, M. Froidure, chef de clinique médicale, M. Trépaut.

*Ecole de médecine de Limoges.* — M. le Dr Thouvenet est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

*Ecole de médecine de Caen.* — Par arrêté en date du 14 courant, un concours s'ouvrira le 6 novembre prochain, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Caen. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 MARS 1890.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 48. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 246. — Autres tuberculoses, 39 — Tumeurs cancéreuses, 39. — Autres, 6. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 55. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë, 31. — Bronchite chronique, 34. — Broncho-pneumonie, 45. — Pneumonie, 65. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 16. — Biberon 30. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 30. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 7. — Total : 1106.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

DES

# EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**





**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MEDECINE PRATIQUE

### De l'eczéma curateur.

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

L'eczéma est une affection de la peau qui, chez un sujet prédisposé peut se développer soit sous l'influence d'un irritant local; soit consécutivement à l'introduction dans l'économie, par voie d'absorption d'une substance alimentaire médicamenteuse ou toxique; soit dans le cours de maladies générales constitutionnelles, dyscrasiques on nerveuses.

La prédisposition, inconnue dans sa nature, mais manifeste dans ses effets, est l'herpétisme. Négligeable, si l'on veut, pour expliquer l'eczéma de cause externe dont, à la rigueur, peut donner raison l'étiologie localiste si en faveur à l'école de Vienne, elle doit être invoquée pour justifier l'apparition de celui, qui, sans raison immédiate connue, se produit presque en même temps et à une certaine distance du point primitivement atteint.

Mais nous ne voulons toucher qu'incidemment à cette question de pathogénie, notre but étant moins de soulever ici une question doctrinale que de mettre en relief l'influence exercée sur un état morbide antérieur, par l'apparition de la dermatose : de même que l'érysipèle, l'eczéma nous a paru pouvoir provoquer sur certaines affections, une action modificatrice et curatrice.

I

Plaie contuse de la région antéro-supérieure du genou gauche. — Lymphangite. — Arthrite. — Péri-arthrite. — Abcès. — Eczéma local et général. — Guérison.

P... Jean, né à Magnac-Bourg (Vienne), âgé de 24 ans, soldat-ordonnance au 81e régiment d'infanterie, assistait à la promenade des chevaux le 11 juin 1887, lorsque par suite d'un fort écart de sa monture, il est précipité à terre sur un sol caillouteux. Relevé il présente des éraillures aux mains, aux coudes et, à un travers de doigt au-dessus et un peu en dedans du bord externe de la rotule gauche, une plaie de 3 centimètres carrés environ, assez profonde à bords déchiquetés et contus. Au moment où nous le voyons, une demi-heure après l'accident, l'hémorrhagie peu abondante d'ailleurs a cessé, il reste un mince coagulum dans la solution de continuité.

Admis d'urgence à l'hôpital, la plaie est minutieusement lavée à l'eau phéniquée, le membre tout entier immobilisé dans une gouttière.

P... au teint clair, aux cheveux châtains, à la peau fine, d'un léger embonpoint, libérable sous peu du service militaire, s'est toujours bien porté et comme lui, son père, sa mère et ses frères ont constamment joui d'une excellente santé.

Légère hémorrhagie la nuit. L'état de la plaie, à laquelle nous ne touchons le lendemain matin que pour en faire un parfait nettoyage, est très satisfaisant et permet d'escompter une prompte réparation.

La suppuration déjà établie le 14, d'abord modérée et de bonne

## FEUILLETON

### L'Hospitalisation des enfants a Londres et les hopitaux dispensaires.

*Rapport présenté à M. le ministre de l'Intérieur par* M. le Dr Variot, médecin des hôpitaux, chargé d'une mission spéciale.

C'est une tradition déjà ancienne, parmi les médecins français, d'aller étudier en Angleterre les questions de réforme hospitalière. — En 1785 la Commission de l'Institut chargée de remédier au déplorable état de notre hospitalisation, délégua deux de ses membres, Ténon et Coulomb, avec la mission de visiter les établissements de charité anglais. On s'occupait, à cette date, de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris qui abritait indistinctement toutes les maladies et toutes les misères. Trois à quatre mille individus de tout âge, de tout sexe, étaient entassés pêle-mêle dans cet immense asile. La nécessité s'imposait de débrouiller ce chaos hospitalier et de faire une part aux règles de l'hygiène naissante dans le groupement de ces êtres souffrants.

Au retour de sa mission en Angleterre (1), Ténon publia ses beaux mémoires sur les hôpitaux de Paris, imprimés par ordre du roi (1788). Fondé sur des observations rigoureuses recueillies à l'étranger sur une étude approfondie de notre propre système hospitalier, Ténon proposa de sages réformes pour aménager convenablement nos hôpitaux ; de concert avec les architectes du temps, il fit dresser des plans d'hôpitaux spéciaux et généraux qui excitent encore aujourd'hui notre admiration.

Bien que nous soyons à plus d'un siècle de distance des premiers efforts scientifiques tentés pour résoudre les difficultés de l'hospitalisation, cette grave question sociale n'a rien perdu de son

(1) A l'époque où Ténon visitait les hôpitaux anglais, une vigoureuse impulsion avait été donnée aux questions hospitalières par le célèbre philanthrope John Howard. — Ce savant avait visité tous les hôpitaux et les prisons d'Europe; il a consigné ses observations dans un travail qui a pour titre : « An account of the present state of the Prisons, Houses of correction and Hospitals. »

nature ne tarde pas à se modifier en devenant un peu séreuse

Le 16 au soir la région est tuméfiée, chaude, légèrement douloureuse : quelques frissons dans la journée, céphalalgie, état saburral.

Le 17 en même temps que persistent les symptômes locaux de la veille apparaît une traînée rougeâtre le long des vaisseaux fémoraux, accompagnée d'engorgement ganglionnaire, dénotant une poussée lymphangitique. Rien dans les urines.

Malgré l'emploi d'une médication appropriée, un abcès se forme et est incisé le 24 à sept centimètres au-dessus et au dedans de la plaie contuse.

Le pus qui s'écoule est sanieux et le 28 l'examen avec le stylet démontre la communication des deux plaies : drain et lavages désinfectants.

4 juillet. Décollements, bourgeons blafards.

Le 8. Rougeur et tuméfaction de la partie latérale externe ; douleurs lancinantes ; incision d'un nouvel abcès,

Le 11. Communication de ce dernier avec la lésion primitive : passage d'un second drain.

Le 19. Douleur et fluctuation à deux travers de doigt au-dessus du bord externe de la rotule. Incision ; la plaie non communiquante est maintenue béante à l'aide d'un petit drain.

L'état général du blessé est assez bon et cependant la réparation ne se fait pas. Tantôt la douleur, tantôt l'empâtement, tantôt la rougeur lymphangitique obligent à abandonner l'acide phénique et l'iodoforme pour les émollients et les résolutifs.

Le 25. P... se plaint à nouveau d'inappétence, de céphalalgie ; il est un peu pâle, quant au facies. Consécutivement à l'application de larges cataplasmes tièdes et phéniqués, il a éprouvé de vives démangeaisons : chaleur et coloration rougeâtre de la peau. La suppuration peu abondante est toujours séreuse. Pensant que la farine de lin était rance, nous en proscrivons l'emploi et ordonnons des onctions au cérat boriqué.

Le 26. Amendement de l'état local. Le prurit et l'érythème ont disparu, mais la tuméfaction de la région persiste, les plaies sont atones, quelques douleurs lancinantes.

Le 30. Ces dernières ont augmenté ainsi qu'une sensation particulière de pesanteur. Retour aux larges cataplasmes ; farine de lin obtenue le jour même avec de la graine fraîche.

Le 31. Mêmes démangeaisons, même piqueté marron coïncidant avec un état saburral. Le genou est toujours gros et le bourgeonnement se manifeste peu actif autour des quatre orifices.

1er août. Aggravation des accidents généraux. P... n'a pu dormir. Fièvre intense 39° hier au soir, 38° 6 ce matin. Langue chargée. La rougeur érythémateuse plus accentuée a gagné au-dessus et au-dessous en franchissant les limites du cataplasme. Retour au cérat boriqué.

Il a été quotidiennement fait par les drains des injections soit à la glycérine iodoformée, soit à l'eau phéniquée. Actuellement la suppuration moins abondante est devenue crémeuse.

Le 5. Nous enlevons le drain interne et le 8 et le 9 les deux drains externes par lesquels il sort du pus.

Le 15. Quelques douleurs lancinantes et un peu de chaleur de la région nous font craindre d'avoir enlevé trop prématurément les drains. Cataplasmes.

Le 16. Abattement général. P... a eu des frissons et de la fièvre hier au soir. Son genou a été en feu toute la nuit. Le pointillé rougeâtre a reparu mais en dépassant de beaucoup le cataplasme, puisqu'il s'arrête à mi-jambe et à mi-cuisse. Suppression des cataplasmes, onctions au cérat.

Le 17. Pas d'amélioration, persistance de la fièvre dans la soirée d'hier. L'érythème n'a pas disparu, il est recouvert de petites vésicules fines comme la tête d'une épingle remplies de liquide transparent.

Le 20. Toute la région est suintante, recouverte de croûtes lamellaires humides et jaune clair, peu adhérentes. On assiste en un mot à l'apparition d'un eczéma constitué le 24 par des squames grises très confluentes. La sécrétion caractéristique. empesant le linge, se ralentit huit jours après soit vers le 2 septembre, juste au moment où les deux oreilles sont le siège d'un œdème érythémateux, précurseur d'un eczéma absolument typique.

L'apparition de la dermatose au membre inférieur, sa sécrétion abondante, la confluence de ses squames, ont pour un instant fait négliger les plaies du genou.

On peut s'apercevoir le 30 août qu'elles sont à peu près complètement cicatrisées, que l'article est dégorgé, que la rotule est mobile, en un mot que la guérison est presque établie.

5 septembre. Sous l'influence d'un traitement local et général, les squames sont en partie tombées au membre inférieur, le suintement persiste par places.

La regression de l'eczéma des oreilles est de beaucoup moins avancée. Ces organes, considérablement tuméfiés, sont le siège d'une poussée très confluente surtout au niveau de l'orifice du conduit auditif, du lobule et du sillon auriculo-mastoïdien.

Le 15. La guérison est complète au membre inférieur, il n'existe que quelques croûtes aux oreilles. Le genou gauche est à tous égards comparable au genou droit, même grosseur, même souplesse des téguments, même mobilité rotulienne. Le jeu de l'articulation est seul limité, quoique gagnant tous les jours. La flexion approche de l'angle droit.

---

intérêt, et nos contemporains, fidèles à d'illustres exemples, n'hésitent pas à entreprendre des voyages, pour aller s'informer et s'instruire à l'étranger.

En 1885, une délégation du Conseil municipal de Paris se rendit à Londres pour étudier l'installation, l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux anglais : MM. Chautemps, Vaillant, Paul Strauss, Desprès, etc., furent très frappés de la perfection relative des hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses, dans les établissements qu'on appelle *Infectious Hospitals*.

Nous avons pensé, à la suite de nos éminents devanciers, que la méthode comparative était la plus sûre pour aborder les questions si complexes de l'hygiène hospitalière.

La tendance contemporaine et qui se manifeste partout en France, est celle d'emprunter aux Anglais leur système d'éducation physique.

On reconnaît enfin les graves inconvénients de faire travailler un seul organe, le cerveau, au détriment de tous les autres ; les jeux scolaires, l'exercice au grand air, le développement physique ont aujourd'hui une place assurée dans nos programmes classiques et ne peuvent que favoriser les efforts intellectuels de la jeunesse.

Si l'on veut bien nous permettre un rapprochement qui est juste, quoiqu'il ne relève guère le prestige de la nature humaine, les Anglais ont appliqué leur esprit pratique à l'éducation des jeunes enfants, comme à l'élevage des diverses races animales où ils excellent. — Cette nation est revenue à l'hygiène antique, où les exercices du corps étaient cultivés à l'égal de ceux de l'esprit. *Mens sana in corpore sano*. Tel était l'adage des anciens, si bien traduit par Montaigne : « L'âme qui loge la philosophie doit, par sa santé, rendre sain encore le corps. »

Dans ce pays où l'on fait tout pour développer les qualités physiques et naturelles de l'enfance, on s'ingénie également pour remédier aux maladies si nombreuses qui atteignent le jeune âge.

Au point de vue limité, qui est le nôtre, de l'étude de l'hospitalisation des enfants et des soins médicaux et hygiéniques qu'il convient de leur donner, nous croyons qu'il est d'un grand intérêt pour nous, Français, de bien connaître ce que font les Anglais en faveur des enfants malades.

D'ailleurs depuis longtemps déjà, nos médecins d'enfants les plus célèbres ont dénoncé le mauvais état de notre hygiène hospitalière.

Le 25. P... marche avec facilité, la flexion est à peu près normale. La jambe gauche lui paraît tous les soirs, un peu plus lourde que la droite. Appétit et sommeil excellents. Libéré il quitte l'hôpital du service et complètement guéri le 26 novembre 1887.

Il nous semble qu'on peut délimiter trois phases bien distinctes dans l'observation qui précède. Pendant la première, d'une durée de six jours environ, la plaie se déterge, le bourgeonnement apparaît, la suppuration est franche, l'évolution se montre en un mot manifestement *réparatrice*. Durant la seconde, survient un processus essentiellement *modificateur* ou *perturbateur* avec la brusque infection lymphangitique. Consécutivement le pus est séreux, les bourgeons charnus sont atones, la plaie est blafarde et trois abcès se développent autour et sous la dépendance certaine de la plaie contuse. Cette phase, longue de quatre semaines est nettement terminée par l'apparition d'un état fébrile et saburral, par un ensemble de phénomènes généraux analogues à ceux qu'on observe aux débuts d'un érysipèle ou d'une fièvre éruptive. Nous voici en pleine phase *curatrice* caractérisée par l'apparition d'un eczéma confluent, par la disparition des symptômes articulaires, par la cicatrisation concomitante et rapide des plaies primitive et circonvoisines.

(*A suivre*.)

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA (Suite) (1).

XXI. — SUR LA PATHOLOGIE DE L'INFLUENZA, par le professeur LEYDEN, de Berlin. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 10, p. 213.

XXII. — INFLUENCE DE L'INFLUENZA SUR LES MALADIES MENTALES, par le Dr BARTELS. *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 6, p. 167.

XXIII. — UN CAS D'AFFECTION MENTALE CONSÉCUTIVE A UNE ATTAQUE D'INLUENZA, par le Dr C. BECKER. *Ibidem*, p. 169.

XXIV. — SUR LES PSYCHOSES CONSÉCUTIVES A L'INFLUENZA, par le professeur E. KRAEPELIN, de Dorpat. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 11, p. 209.

XXV. — UN CAS D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE CONSÉCUTIVE A UNE ATTAQUE D'INFLUENZA, par le Dr A. ERLENMEYER. *Berliner Klin Wochenschrift*, 1890, n° 13, p. 295.

(1) Voir les numéros 4, p. 12, 6, p. 66, 8. p. 90.

XXI. — Dans une des dernières séances de la Société de médecine de Berlin, le professeur Leyden a présenté des pièces anatomiques relatives à un cas de néphrite aiguë survenue dans le cours d'une attaque d'influenza chez une jeune femme de 28 ans. Cette femme, bien portante jusque-là, avait présenté les premiers symptômes de la pandémie, au commencement du mois de décembre dernier. Au sortir de l'attaque, elle ne s'était pas entièrement rétablie. Au commencement du mois de janvier, elle a eu, pendant huit jours, des vomissements tenaces. Les urines devinrent troubles, et la quantité rendue dans les vingt-quatre heures diminua sensiblement. En même temps apparurent des œdèmes. La malade entra à l'hôpital le 13 janvier; elle a succombé le 8 février. Dans l'intervalle elle a présenté comme symptôme prédominant, une diminution considérable de la diurèse (200 cc. d'urine dans les vingt-quatre heures). Les urines contenaient du sang et beaucoup d'albumine, comme dans les cas de néphrite infectieuse. Il y avait eu une legère amélioration vers la fin de janvier. A l'autopsie de cette femme, les reins présentaient les mêmes altérations que dans les cas de néphrite infectieuse aiguë (glomérulo ou mieux capsulo-néphrite de Klebs). Les capsules de Bowmann étaient aggrandies, distendues par des éléments cellulaires qui comprimaient plus ou moins les glomérules; cette dernière circonstance rend compte de l'anurie relative, constatée du vivant de la malade.

M. Leyden ne connaît pas d'autre exemple d'une néphrite réalisant de tels caractères anatomo-pathologiques et survenue consécutivement à une attaque d'influenza. Il a observé en tout, dans le cours de la dernière pandémie, trois cas de néphrite, dont deux chez des malades qui avaient en outre une pneumonie. A l'autopsie de la malade dont il a été question à l'instant, on n'a point trouvé d'autre foyer infectieux; preuve nouvelle de la nature infectieuse de l'influenza.

Les recherches bactériologiques faites à la Clinique du professeur Leyden, sur le sang frais de malades qui étaient en pleine attaque d'influenza, n'ont donné que des résultats négatifs. D'autre part, dans les cas d'influenza compliqués d'un épanchement pleural, l'examen du contenu des plèvres a fait découvrir des streptococcus dans un cas, des streptococcus et

---

« Un enfant, dit Trousseau (1), est amené à l'hôpital avec une fluxion de poitrine; il guérit, et, pendant la convalescence, il contracte la coqueluche dont est atteint un autre malade. Pendant le cours de cette maladie nouvelle, la rougeole, la scarlatine viennent l'assaillir, et quelquefois enfin, lorsqu'il semble avoir triomphé de ces causes successives de destruction, il est pris d'une ophtalmie qui a déjà frappé d'autres enfants autour de lui, et il ne retourne dans sa famille qu'aveugle ou défiguré. »

Le regretté Dr Archambault formulait d'une manière vive et saisissante son opinion sur ce sujet : « On ne meurt pas à l'Hôpital des Enfants de la maladie pour laquelle on y entre, mais de celle qu'on y contracte. »

Mon excellent collègue Béclère, dans une remarquable thèse inaugurale, a publié des chiffres bien faits pour attrister et même effrayer sur les victimes de la contagion.

Tous les médecins d'enfants de Paris, et en premier lieu M. Cadet de Gassicourt ont été unanimes à réclamer des modifications dans les services hospitaliers.

(1) *Journal des Débats* 1846.

En 1882, le Dr Lunier, inspecteur général des établissements de bienfaisance, dans un rapport adressé au ministre de l'Intérieur signalait que 33,6 0/0 des enfants, qui meurent au dépôt des enfants assistés, y contractaient l'affection contagieuse à laquelle ils succombent. Depuis, les mesures les plus urgentes ont été prises pour diminuer la contagion aux Enfants assistés.

Enfin, lorsqu'il y a quatre ans, nous occupions la charge de chef de clinique à l'hôpital des Enfants malades, nous avons été témoin des suites fâcheuses qui résultaient de la promiscuité de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, etc. A ce moment on peut affirmer que les salles d'hôpital étaient pour les enfants de véritables champs de bataille où ils étaient obligés de défendre leur vie contre les germes de maladies contagieuses, qui les assaillaient de toutes parts.

Pour donner une idée exacte de la contagion intérieure dans nos hôpitaux d'enfants, nous joignons comme annexe à ce rapport la statistique officielle des cas de contagion intérieure, qui se sont produits à l'hôpital Trousseau durant l'année 1888, et les trois premiers trimestres de 1889.

Ces chiffres sont malheureusement plus démonstratifs et plus

des diplococcus dans les autres cas. Les examens qui ont porté sur des crachats pneumoniques ont révélé la présence de diplococcus dans 4 cas, de streptococcus dans 3 cas, de streptococcus et de diplococcus dans 2 cas, et de diplococcus et de staphylococcus dans 10 cas.

M. Leyden incline à croire qu'il existait un rapport entre cette variabilité de résultats bactérioscopiques et la variabilité d'allures qu'on a reconnue aux complications pneumoniques de l'influenza. Le diplocoque lancéolé de Fraenkel a été trouvé dans les crachats des pneumoniques dont la maladie se rapprochait le plus de la pneumonie fibrineuse franche. Dans les formes batardes, sur les caractères cliniques desquels on a beaucoup insisté dans le cours de la dernière épidémie, la nature mixte de l'infection pneumonique était attestée par coexistence de deux microorganismes pathogènes (diplococcus et streptococcus, ou diplococcus et staphylococcus) dans les produits morbides. Enfin dans deux cas, où le streptococcus a été rencontré seul dans les crachats pneumoniques et dans l'épanchement pleural concomitant, la pneumonie revêtait des allures tout à fait spécifiques. M. Leyden mentionne notamment une expectoration très abondante de crachats grisâtres, diffluents, la lenteur de l'évolution, l'absence de crise terminale, et chez l'une des malades, la formation d'un abcès avec vomique consécutive; l'examen microscopique a fait découvrir des lambeaux de tissu pulmonaire, dans les masses expectorées.

M. Leyden constate que la question de savoir si l'influenza reconnait pour cause un germe spécial ou un miasme est encore à résoudre. En admettant que la preuve vienne à être faite de l'intervention, comme élément pathogène, d'une bactérie spécifique, l'influenza nous fournirait donc des exemples d'infections mixtes impliquant le concours de 3 et 4 microorganismes distincts, chose pour le moins curieuse.

XXII. — A l'asile d'aliénés de Hildesheimer, 13 p. 100 des pensionnaires ont été atteints de l'influenza, dans le cours de la récente épidémie. Celle-ci n'a pas exercé d'influence bien manifeste sur l'état psychique des malades, sauf chez un seul. Il s'agit d'un jeune homme qui, à l'âge de 23 ans, avait été frappé de folie hallucinatoire avec délire des persécutions. Peu à peu, les idées de persécution s'étaient dissipées; le malade était devenu calme, sans reprendre sa raison. Le 4 janvier dernier, il présenta les premiers symptômes d'une attaque d'influenza : fièvre légère, qui ne persista que pendant quelques jours, légers troubles gastriques, céphalalgie, abattement général. Le 10 janvier, l'attaque tirait à sa fin; le malade se levait de nouveau; déjà on remarquait chez lui une certaine agitation. Le lendemain, celle-ci s'exaspéra subitement, se compliquant d'une angoisse très manifeste. Le malade suivait d'un regard effaré les moindres mouvements des personnes qui se trouvaient près de lui. Sa respiration était accélérée et irrégulière. On avait beaucoup de difficulté à maintenir le malade au lit; quand il se levait, sa démarche était chancelante. Le 18 janvier, rétention d'urine complète. L'urine, recueillie par le cathétérisme, renfermait une assez forte proportion d'albumine. L'agitation, qui s'était calmée un peu, reprit de plus belle le 23 janvier. Le malade refusait de s'alimenter. Puis, dans le courant de février, il redevint calme, mais conservant toujours l'air anxieux, jusqu'à sa fin (23 mars). L'autopsie a révélé l'existence d'une pachyméningite chronique et d'une leptoméningite avec épendymite granulaire des ventricules. L'auteur pense que les troubles psychiques, survenus à la suite de l'attaque d'influenza, étaient imputables à une poussée inflammatoire dans le cerveau, réveillée par l'affection pandémique.

XXIII. — L'observation de Becker est à rapprocher de celle de Pick, dont nous avons donné une analyse dans un des derniers numéros de ce journal : Une jeune fille de 24 ans, appartenant à une famille dont plusieurs membres (la mère notamment) avaient présenté des troubles neuropathiques, avait été atteinte de l'influenza le 22 janvier. Huit jours après, elle se plaignait encore d'anorexie et d'une sensation de pesanteur dans le ventre. Le médecin lui prescrivit une cuillerée à bouche de magnésie calcinée. Le père, trouvant cette dose insuffisante, fit prendre à sa fille environ cinq cuillerées de la poudre laxative. Le lendemain, à 7 heures du soir, la malade tomba dans un accès de délire furieux, annoncé par une congestion subite de la face et par des palpitations. Elle éprouvait des sensations anormales dans différentes parties du corps. Son état s'améliora à l'entrée de la nuit, mais vers 5 heures du matin, les mêmes phénomènes, congestion de la face, palpitations, délire furieux, se reproduisirent.

En sautant par une fenêtre, la malade se fit une blessure à la cuisse. On parvint à la calmer, en lui appliquant de la glace sur la tête et sur la région précordiale. Un nouvel accès éclata

---

concluants que toutes les considérations d'un autre ordre, qui pourraient être ajoutées.

Ce n'est cependant, que dans le courant de cette année que l'administration de l'Assistance publique a fait élever deux pavillons d'isolement, l'un à l'hôpital Trousseau, et l'autre aux Enfants malades pour loger les scarlatineux.

Un bâtiment indépendant, mais qui ne saurait suffire, a été affecté à Trousseau aux rubéoleux. Aux Enfants malades, la rougeole est encore abritée dans de grands bâtiments communs.

Les pavillons de la diphthérie fonctionnent convenablement depuis une quinzaine d'années, dans les deux grands hôpitaux d'enfants.

Sauf aux Enfants assistés, il n'existe pas encore de pavillons pour les coquelucheux, ni surtout de pavillons pour les suspects, c'est-à-dire pour les enfants dont la maladie n'est pas encore manifeste, et ne permet pas un classement dans les pavillons spéciaux à chaque maladie.

A la fin de ce rapport, lorsque le fonctionnement de l'hospitalisation anglaise pour les enfants, aura été décrit dans son ensemble, nous proposerons les moyens qui nous semblent les plus pratiques pour perfectionner notre système d'isolement des maladies contagieuses, et par là même diminuer la mortalité.

Mais, à côté d'enfants atteints de maladies graves ou contagieuses, il en est un très grand nombre affligés de maux moins importants, et qui ont cependant besoin d'une assistance médicale incessante. L'enfance est exposée à mille petits accidents, à des troubles digestifs qui naissent d'une alimentation défectueuse, ou de la dentition; à des affections de la peau, des yeux, du cuir chevelu, etc., qui, non soignées, peuvent se convertir en désordres graves.

Les consultations externes de nos deux grands hôpitaux d'enfants à Paris, sont-elles suffisantes pour une population nécessiteuse trop nombreuse?

Il n'est pas douteux que cette insuffisance soit la cause du succès éclatant des dispensaires pour enfants, fondés à Paris par l'initiative privée.

*(A suivre).*

dans la soirée, vers 5 heures; ce fut le dernier. On fit ensuite prendre à la malade du bromure d'ammonium; le sommeil lui revint avec l'appétit, la guérison s'est maintenue.

Il s'agissait en somme, dans ce cas, de troubles psychiques en rapport avec une paralysie des vasomoteurs de l'extrémité céphalique, donnant lieu à des accès d'hypérémie cérébrale, le tout chez un sujet prédisposé; car la mère de la malade avait été en traitement pour des accidents nerveux; la grand' mère avait eu une affection convulsive et passait pour être bizarre; une sœur présentait un retard considérable dans son développement corporel et intellectuel; enfin du côté paternel, la famille comptait plusieurs crétins. Quant au reste, les antécédents psychopathiques personnels faisaient défaut chez la malade.

XXIV. — Dans le cours de la récente épidémie d'influenza, le professeur Kraepelin, de Dorpat, a observé une série de cas où la maladie pandémique a laissé à sa suite des désordres psychiques passagers, en rapport évident avec elle. M. Kraepelin a relaté avec quelques détails 11 faits de ce genre. Nous nous bornerons à rendre compte des réflexions que l'auteur a placées à la suite de ces faits.

D'une façon constante, les troubles psychiques ont éclaté après l'attaque d'influenza, conformément à ce qui avait eu lieu dans les faits dont nous avons rendu compte précédemment et ci-dessus. Il a semblé que les désordres mentaux consécutifs à l'attaque d'influenza dépendaient moins de l'intoxication spéciale, miasmatique ou infectieuse, que de l'affaiblissement général occasionné par les atteintes de la maladie pandémique.

Dans tous les cas, les troubles psychiques ont eu une certaine durée. Eu égard à l'expression clinique, l'auteur divise ses faits en deux groupes : un premier où les troubles mentaux étaient en quelque sorte dominés par la «dépression psychique ». Les observations de Kraepelin montrent qu'on peut observer tous les degrés intermédiaires entre la simple neurasthénie cérébrale, telle qu'on l'observe si souvent à la suite des maladies infectieuses, et la folie mélancolique. Dans 2 cas, le désordre psychique a consisté dans un état d'hypochondrie; les malades se représentaient leur fin comme prochaine; ils étaient en proie à toutes sortes de sensations anormales; ils étaient dominés par cette idée qu'il leur était impossible de revenir à la santé. De plus, l'un d'eux manifestait une grande méfiance à l'égard de son médecin. Un troisième malade vivait dans la crainte continuelle d'un grand malheur imminent, d'une ruine prochaine, du déshonneur. Un quatrième malade réalisait le tableau de la mélancolie avec conceptions délirantes, de cette forme de démence que l'auteur qualifie de dépressive (*depressiver Wahnsinn*).

Les faits de ce premier groupe sont de ceux qu'on observe à la suite d'une maladie infectieuse de longue durée (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire). Ceux qui suivent se rapprochent, quant à la phénomalité, des psychoses qu'on voit éclater à la suite des exanthèmes fébriles aigus, de la pneumonie, de la fièvre puerpérale, qui entraînent une sorte d'épuisement aigu des facultés psychiques; psychoses qui évoluent sous les traits du délire hallucinatoire aboutissant au collapsus (*collaps delirium*). Les détails sont à voir dans la relation originale de ces cas.

Un caractère commun aux faits rapportés par Kraepelin, c'est que toujours l'éclosion des troubles psychiques a été préparée par des circonstances prédisposantes, par les maladies aigues (érysipèle, puerpéralité) ou chroniques (catarrhe, gastrique tuberculose, etc.) antécédentes, par une faiblesse nerveuse ou une prédisposition psychopathique héréditaire. M. Kraepelin pose en fait que l'influenza est, par elle-même, incapable d'engendrer une psychopathie. Voilà pourquoi les psychoses consécutives à une attaque d'influenza ne réalisent pas les caractères de l'aliénation mentale qui se développe pendant la convalescence des maladies aigues. Elles préexistaient pour ainsi dire en germe; l'attaque d'influenza, avec ses conséquences, en a simplement favorisé l'éclosion.

XXV. — Il serait erroné toutefois de croire ou de prétendre que l'influenza, avec sa tendance bien connue aux inflammations hémorrhagiques, ne peut pas être une cause directe de désordres matériels du côté des centres nerveux. L'observation de M. Erlenmeyer, qui est à rapprocher des faits relatés par M. Bilhaut à la dernière séance de la Société de médecine pratique (voir *Journal des Sociétés scientifiques*, 1890, nº 14, p. 134), en est une preuve, si l'on s'en rapporte à l'interprétation très rationnelle donnée de ce fait par l'auteur.

Le sujet, un médecin âgé de 25 ans, ne comptait pas d'antécédents neuropathiques dans sa famille. Il n'était pas syphilitique, il n'avait jamais subi de traumatisme cranieu, il ne faisait pas d'excès; il n'était pas non plus morphiomane. Il jouissait d'une bonne santé habituelle. Attaché à un hôpital, il avait repris son service le 31 décembre dernier, après une courte absence. Il trouva dans son service, 14 malades atteints de l'influenza. Le 5 janvier, il ressentit les premiers symptômes de la maladie pandémique : céphalalgie frontale, douleur rachidienne, grand abattement, tendance aux transpirations. Il ne s'alita qu'à partir du 7 janvier et jusqu'au 16. Mais jusqu'à la fin du mois, il conserva de l'insomnie, de la faiblesse des membres inférieurs, des douleurs localisées au front et aux tempes, de l'anorexie. Il avait de fréquentes éructations, et l'intestin était devenu très paresseux.

Le 1er février, lors du repas de midi, le malade ressentit tout à coup une sensation d'engourdissement dans la main et l'avant-bras gauches; quelques secousses convulsives agitèrent les muscles de l'avant-bras. Au moment où il allait en faire part à son voisin, il tomba sans connaissance, sur le côté droit. Des secousses cloniques agitèrent le bras gauche. Le malade revint à lui, au bout de trois minutes, environ et fut pris de vomissements. Un confrère mandé auprès du malade constata que le front, le visage, la poitrine et la nuque du patient étaient couverts de taches rouges et crut à une invasion de la scarlatine. Cette supposition fut reconnue inexacte. Les taches étaient constituées par des foyers d'infiltration hémorrhagique.

Le 7 février, nouvelle attaque convulsive, limitée aux muscles du bras gauche, sans perte de la connaissance; durée, trois minutes. Immédiatement après l'attaque, vomissements. Le malade se reposa jusqu'au 18 février. Le 20 février, en l'examinant, M. Erlenmeyer constata qu'il avait une mine florissante, et qu'il ne présentait plus rien d'anormal, en dehors des signes d'un léger catarrhe gastrique.

M. Erlenmeyer fait remarquer que si par épilepsie jacksonienne, il faut entendre un « monospasme sans perte de la connaissance », en rapport avec une lésion bien circonscrite de la zone motrice corticale, le malade en question a eu, à n'en pas douter, une première attaque qui, symptomatiquement parlant, était une attaque d'épilepsie jacksonienne avec la perte de connaissance en plus, et une seconde fois, une simple attaque d'épilepsie jacksonienne. Quant aux relations des attaques convulsives avec l'influenza, voici comment l'auteur les entend : l'influenza, c'est chose connue, dispose aux hémorrhagies. Lors de la première attaque convulsive, une

hémorrhagie de la grosseur d'une lentille s'est produite au siège du centre cortical du bras gauche, hémorrhagie de même ordre que celles qu'on découvrait sur différentes parties du corps, notamment sur la langue et la conjonctive. Théorie ingénieuse, à laquelle il ne manque que la confirmation de l'examen nécroscopique.

(*A suivre*). E. RICKLIN.

## CORRESPONDANCE MEDICALE

### PHTHISIE PULMONAIRE AU DEUXIÈME DEGRÉ GUÉRIE RAPIDEMENT PAR LES PULVÉRISATIONS AU SUBLIMÉ CORROSIF,

par le Dr M. MACARIO (de Nice) (1).

M. J. M..., âgé de 26 ans, né à Saint-Marcellin (Isère), était, en 1885, employé à la Banque de France de Saint-Etienne, lorsque, le 8 octobre, il fut pris d'hémoptysie abondante que le Dr Cenas, médecin de l'Hôtel-Dieu, ne put arrêter qu'au bout de huit jours.

Au mois de septembre 1888, étant alors attaché à la Banque de France de Valence (Drôme), il eut une nouvelle hémoptysie qui ne dura que 24 heures environ ; mais, six semaines après il survint une pleurésie du côté gauche qui donna origine à des tubercules pulmonaires ; aussi le Dr Mangnanon, qui l'avait soigné, lui conseilla de partir au plus tôt pour Nice, où il arriva le 26 janvier 1889.

Je fus appelé aussitôt auprès du malade que je trouvai dans un état déplorable, au point que la propriétaire de la maison où il était descendu lui donna congé, au bout de quelques jours, ne voulant pas, me dit-elle, qu'il mourût chez elle.

La même aventure et pour le même motif, lui arriva dans le nouveau logement qu'il alla occuper. Il finit enfin par trouver un gîte qui mit fin à son exode et, où il put vivre en paix.

Voici les phénomènes que je constatai chez le malade : fièvre continue avec exacerbation le soir (temp. 38°9), sueurs nocturnes à la tête et à la poitrine surtout, faciès pâle, très grande faiblesse au point de s'évanouir dans un fauteuil lorsqu'on faisait son lit, œdème aux extrémités inférieures qui étaient parsemées de taches d'un rouge vineux, nuits mauvaises, insomnie, douleurs entre les deux épaules, perte de l'appétit, toux fréquente, crachats abondants purulents, très fétides parfois, respiration pénible, matité sous la clavicule gauche et dans les fosses sus et sous-épineuses ; râles sous-crépitants avec craquements secs et humides. Les crachats sont riches en bacilles de Koch; colorés et examinés au microscope, on les aperçoit isolés ou disposés en chaînes circulaires.

En présence d'une telle misère physiologique, j'essayai avant tout de relever les forces du malade par les dragées de quassine, le vin de quinquina, le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue créosotée et le sirop dont la formule suit, qui depuis plus de vingt ans, me donne généralement de très bons résultats :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium | } 30,0 |
| Sel ammoniac | |
| Eau de laurier cerise | 20,0 |
| Arséniate de soude | 0,10 |
| Sucre | 200,0 |
| Eau | 100,0 |

à prendre une cuillerée à café le matin à jeun dans un bol de lait chaud.

(1) Note communiquée à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 11 février 1890.

En même temps je faisais badigeonner le dos et la poitrine avec la teinture d'iode additionnée de quelques gouttes d'huile de croton siglium, et enfin je lui administrai tous les soirs un cachet de 40 à 50 centigr. de poudre de Dower pour combattre les sueurs nocturnes, moyen très efficace qui manque rarement son effet.

Ce traitement fut suivi avec peu de succès jusque à la fin de mars et, certes, il n'aurait pas empêché le malade de succomber dans un avenir peu éloigné.

J'exprimai à sa femme tontes mes inquiétudes ; elle me répondit que les médecins qui avaient été appelés à le voir l'avaient tous condamné.

Eh bien ! puisque votre mari est condamné à une mort prochaine, nous ne risquons rien à essayer un remède héroïque qui pourra peut-être, sinon le guérir, au moins le soulager. Mais ce remède exige une grande surveillance, car il est dangereux.

L'avez-vous déjà employé, me dit-elle ? Non, jamais et je ne sache pas que d'autres en aient fait usage, mais il est reconnu comme le plus puissant microbicide qui existe, et, bien employé, bien administré, nous n'avons rien à craindre.

Je prescrivis donc des pulvérisations avec une solution de sublimé à 1/4000.

Les premières fois j'opérai moi-même en présence de sa femme.

Je me suis servi à cet effet d'un simple appareil à pulvérisation continue en caoutchouc durci, sans armature métallique pour éviter de décomposer le sel mercuriel. Il aurait mieux valu faire usage du pulvérisateur à vapeur, mais celui-ci, étant assez cher, je ne l'ai pas fait pour éviter des frais au malade dont les ressources étaient très modestes.

Le bout de l'instrument étant placé à 5 centim. environ de la bouche ouverte du patient, de manière à y recevoir le liquide parfaitement pulvérisé, j'engageai le malade à faire pendant l'opération de longues inspirations.

La séance ne dura que 8 à 10 secondes.

Le résultat fut absolument merveilleux. Dix à douze jours après ce traitement fait matin et soir, le changement survenu dans l'état du malade m'étonna tellement que je ne pouvais en croire mes oreilles et mes yeux. Les râles de la poitrine avaient singulièrement diminué, et les crachats changé d'aspect ; ils étaient devenus en grande partie muqueux ; on voyait le malade renaître tous les jours à la vie. L'appétit se réveillait, les digestions devenaient meilleures, les forces augmentaient de jour en jour, la figure prenait de l'animation et l'embonpoint commençait à se manifester.

Le 20 avril, la toux était rare, le malade ne toussait presque plus la nuit ; l'expectoration avait diminué de plus de moitié et avait revêtu l'aspect catarrhal. Le patient commençait à se lever et à faire quelques pas dans la chambre ; la fièvre avait complètement disparu depuis plusieurs jours, au point que peu de temps après, il put descendre dans le jardin respirer le grand air.

Plein de joie, il commençait à ouvrir son cœur à l'espérance et parlait de passer par Gênes et Turin pour rentrer en France.

Le 30, les forces augmentant sans cesse, il put aller en tramway au port à 3 kilomètres de son habitation où il se promena sur les quais une demi-heure environ sans trop de fatigue.

L'état était on ne peut plus satisfaisant et tout à fait inespéré; on marchait tout droit vers la guérison. Le 5 mai, il n'y avait presque plus de toux et presque plus de râles dans la poitrine ; trois ou quatre crachats le matin complètement privés de bacilles ; enfin le 20 mai, c'est-à-dire 50 jours environ après le traitement au sublimé, le malade, se sentant

solide sur ses jambes, fit à pied le voyage de Villefranche, à 8 kilomètres de Nice, et rentra en ville par la voiture publique.

Je blâmai vivement son imprudence qui heureusement n'eut pas de suite fâcheuse.

Le 5 juin, M. M... avait repris en partie son embonpoint, sa physionomie était bonne quoique encore un peu pâle; les fonctions digestives étaient excellentes, le sommeil réparateur, et, dans la poitrine, on ne percevait plus que quelques légers râles bronchiques. Enfin, le 15 juin il quitta Nice en pleine convalescence.

Est-ce là une guérison définitive? J'ose l'espérer, car s'il en était autrement, le sujet n'aurait pu, ce me semble, résister au gros rhume qu'il contracta dans le courant de novembre.

« On a vu, il est vrai, comme l'observe le professeur Bouchard, des cas dans lesquels quelques bacilles restés silencieux dans un point de l'organisme d'un phthisique en apparence guéri, se réveillent et provoquent dans des points déjà atteints un nouveau processus tuberculeux. On a vu, après une tuberculose locale guérie, une nouvelle infection provoquer l'apparition de la tuberculose dans des régions qui jusque-là avaient été indemnes; enfin, la phthisie pulmonaire, ajoute le savant clinicien, n'empêche pas le développement d'une autre tuberculose. »

Qu'il me soit permis de répondre que la plupart des maladies sont dans le même cas. En effet, la guérison d'une pneumonie, d'une pleurésie, d'une fièvre typhoïde, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une variole même confluente, n'empêche pas les sujets une fois guéris, de contracter de nouveau ces mêmes maladies s'ils s'exposent aux causes qui les ont produites.

Au début de ma carrière médicale, j'ai vu un malade contracter cinq fois une pneumonie, tantôt à droite, tantôt à gauche et, chose remarquable, la gravité de cette phlegmasie alla toujours en diminuant à chaque atteinte.

On dirait aujourd'hui qu'il y a eu à chaque fois auto-vaccination de plus en plus atténuée.

J'ai vu de même des malades atteints deux fois de variole. Rien d'étonnant donc que la phthisie puisse reparaître sur un sujet guéri d'une première atteinte.

Avant de terminer, un dernier mot. Le résultat heureux obtenu par les pulvérisations de la solution de sublimé corrosif tranche définitivement, ce me semble, une question en litige. Les liquides réduits en poussière franchissent-ils oui ou non la glotte? Les uns sont pour l'affirmative, les autres pour la négative.

Or, il est, à mon sens, absolument prouvé que chez mon malade le liquide a pénétré dans les poumons, autrement la guérison n'aurait pu avoir lieu. D'ailleurs, le sujet lui-même m'assurait qu'il sentait bien réellement descendre le liquide dans la poitrine. D'autres malades, maintenant en traitement, l'affirment également.

Voilà donc la question désormais résolue dans le sens affirmatif.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, par M. le professeur GRANCHER (1).

Depuis ses premières recherches, faites en commun avec M. Thaon, c'est-à-dire depuis plus de quinze ans, M. Grancher n'a cessé de s'occuper avec prédilection des maladies de l'appareil respiratoire et spécialement de la tuberculose. Qui ne se souvient de ses beaux travaux sur l'unité de la tuberculose qui nous ramenaient aux saines idées de Laënnec, à une époque où la théorie de la pneumonie caséeuse faisait fureur, où les partisans du dualisme dans la tuberculose paraissaient l'emporter. Bien avant la découverte du bacille, le savant professeur français avait saisi les liens qui unissaient les diverses formes anatomiques de la tuberculose, si disparates au premier abord; avec Villemin, on peut vraiment dire que M. Grancher a été l'un des précurseurs de la doctrine spécifique, bacillaire du tubercule.

C'est donc une véritable bonne fortune pour le médecin, de trouver réunies, dans une monographie, la suite des admirables recherches de M. Grancher.

Les deux premiers chapitres de l'ouvrage contiennent une description substantielle et claire du lobule pulmonaire. On reconnaît, dans cette partie anatomique, base vraiment solide pour l'étude anatomo-pathologique, la compétence de l'histologiste à qui nous devons nos connaissances les plus exactes sur le système des vaisseaux et des réseaux lymphatiques du poumon.

Les quatre chapitres suivants renferment de précieuses notions sur l'auscultation en général.

M. Grancher parle en maître sur ce sujet. Ceux qui ont déjà lu le précis de percussion et d'auscultation publié en collaboration avec le regretté Lasègue, savent que, depuis Laënnec, personne n'a écrit sur ces matières avec plus d'autorité.

Nous arrivons dans la suite de l'ouvrage à l'étude de la tuberculose : le savant maître s'attache surtout au diagnostic de la tuberculose au début, à la période de germination, comme il dit, car, c'est surtout à ce moment qu'elle est curable, que le médecin peut intervenir efficacement.

Il est impossible d'exposer plus clairement tous les signes d'auscultation si délicats, les modifications du timbre du murmure vésiculaire et surtout de *l'inspiration* jusque-là un peu délaissée par les cliniciens, le parti que l'on peut tirer de l'examen bactériologique des crachats, etc.

L'anatomie pathologique, les diverses formes anatomiques et cliniques de la tuberculose, sont successivement passées en revue. Les formes pleuro-pulmonaires, les pleurésies tuberculeuses, sont longuement exposées par l'auteur.

M. Grancher est arrivé à grouper, avec une précision mathématique, les signes fournis respectivement par la percussion, l'exploration des vibrations thoraciques et l'auscultation. Grâce à ses *schémas* d'auscultation, le clinicien peut désormais dépister plus facilement la tuberculose derrière les épanchements pleuraux qui la masquent.

Dans la leçon qui est consacrée au traitement de la phthisie dans les hôpitaux, M. Grancher trace un tableau émouvant des malheureux tuberculeux délaissés dans les services hospitaliers par les médecins impuissants à les guérir et même à les soulager. L'assistance publique fera son profit, nous l'es-

(1) Chez Octave Doin, Paris, 1890.

pérons, des conseils donnés par notre maître, pour remédier à la situation déplorable des phthisiques.

Le traitement de la phthisie chez les malades de la ville par la suralimentation et par la cure au grand air comprend un chapitre entier. M. Grancher propose l'installation d'établissements de phthisiothérapie sur le modèle de celui de Falkenstein, suivant la méthode de Dettweiler.

Les symphyses pleuro-viscérales et pleuro-pariétales sont étudiées individuellement et avec détails. L'auteur, pour justifier sa distinction anatomique, s'appuie sur des observations embryologiques qui prouvent que les deux feuillets pleuraux sont déjà individualisés dès les premières phases de la formation de l'embryon.

Le chapitre qui porte pour titre tuberculose et mariage est à lire et à méditer.

Les médecins y trouveront les plus utiles enseignements pour les cas embarrassants dans lesquels ils sont consultés.

Le livre se termine par la description de la spléno-pneumonie dont le professeur Grancher est le père. Cette affection thoracique, qui avait été méconnue jusque-là, présente des signes communs trompeurs avec les épanchements pleuraux. Grâce à M. Grancher et aux travaux de vulgarisation de ses élèves, MM. Queyrat et Bourdel, le clinicien est maintenant bien éclairé sur cet état morbide.

Nous ne pouvons que féliciter notre excellent collègue M. Faisans d'avoir été chargé de recueillir les leçons de notre savant maître. Il s'est parfaitement acquitté de sa tache.

G. Variot.

Recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par M. Jules Brunet.

L'auteur commence par exposer l'historique des diverses méthodes de médications appliquées à la phtisie pulmonaire puis des études cliniques et expérimentales relatives à la valeur anti-bacillaire de l'acide fluorhydrique. Il termine son travail par l'exposé et le résumé d'une trentaine d'observations concernant des tuberculeux traités à l'hôpital au moyen des inhalations fluorhydriques. Chez ces phtisiques (généralement assez avancés et présentant, dans la moitié des cas, des antécédents héréditaires) l'examen du sang pratiqué à diverses reprises, n'a fourni aucun résultat intéressant; quant aux inhalations fluorhydriques, généralement assez bien supportées par les malades, elles n'ont pas paru modifier les lésions pulmonaires ou laryngées, elles n'ont pas amené la disparition des bacilles dans les crachats, elles n'ont pas diminué la flèvre, ni changé sensiblement les caractères de la toux et de la dyspnée. Dans les cas relativement favorables où l'auteur a pu noter une diminution des sueurs, une augmentation de l'appétit et quelques légères atténuation de la dyspnée, il rapporte ces améliorations plus ou moins passagères, d'une part à l'action eupeptique de l'acide fluorhydrique, et, d'autre part, à la suspension des fatigues et des conditions hygiéniques défectueuses auxquelles se trouvaient soustraits les malades.

Tuberculose et rhumatisme articulaire chronique progressif, par M. Coyrard.

Pour rechercher les relations qui existent entre la tuberculose et la polyarthrite déformante, l'auteur, après avoir nettement séparé cette dernière maladie de l'arthritisme, établit d'abord, à l'aide de statistiques, que la tuberculose coïncide avec le rhumatisme noueux dans la proportion de 15 %, et que la tuber culose se rencontre dans l'hérédité directe ou collatérale des malades atteints de rhumatisme noueux dans un tiers des cas environ. De l'étude des conditions dans lesquelles apparaît chacune de ces deux maladies, M. Coyrard conclut qu'il n'existe entre elles aucune relation diathésique, plus ou moins mystérieuse, mais que leur fréquente coexistence tient à ce qu'il s'agit d'une déchéance générale de l'organisme, analogue dans les deux cas; les effets de l'immobilisation (par suite des lésions de la polyarthrite), de l'artério-sclérose si fréquente dans les cas de rhumatisme noueux, de l'indigence dans la classe pauvre, et du surmenage psychique dans la classe aisée, sont autant de conditions aboutissant à la débilitation organique qui, comme toute misère physiologique, offre peu de résistance à l'infection tuberculeuse.

Si la tuberculose se rencontre fréquemment dans l'hérédité des malades atteints de polyarthrite déformante, c'est encore, non pas à une prédisposition diathésique commune, mais à ces communauté des conditions de déchéance, chez le malade et ses parents ou collatéraux, que l'auteur croit devoir attribuer la production du rhumatisme noueux ou de la tuberculose, qu'il considère comme deux expressions, corrélatives et quelquefois conjointes, de l'épuisement physiologique.

Dans un chapitre consacré aux caractères de la tuberculose survenant chez les malades atteints de polyarthrite déformante, M. Coyrard explique, en partie du moins, la lenteur de la phtisie par le fait de la déchéance organique préalable qui fait passer inaperçu le début de l'infection, et par la difficulté du diagnostic de la lésion spécifique généralement masquée par les signes de bronchite et d'emphysème qui préexistent souvent en pareil cas. L'auteur qui a eu soin, dès le principe, de distraire de l'arthritisme le rhumatisme noueux, nous paraît n'avoir plus apporté la même sollicitude à cet égard dans les derniers chapitres, qui, pour cette raison, nous paraissent offrir un peu moins d'intéret que le reste de l'ouvrage.

Contribution a l'étude des amyotrophies chez les tuberculeux, par M. J. C. M. R. Benoit.

Ce travail a pour sujet l'observation d'une tuberculeuse, chez laquelle on ne saurait admettre la coïncidence d'une intoxication saturnine, et chez laquelle se développèrent des symptômes d'amyotrophie accentués surtout au membre inférieur droit; tandis que, dans toutes les observations de ce genre publiés précédemment, l'évolution de ces phénomènes a toujours été progressive, ici l'auteur a noté une amélioration très réelle, caractérisée, entre autres, par le rétablissement fonctionnel du membre qui a repris une partie de son volume primitif. A l'occasion de cette malade, qui après avoir été privée complètement de l'usage de ses membres, a pu sortir de l'hôpital en marchant, l'auteur examine, sans se prononcer d'ailleurs, l'hypothèse d'une altération régressible ou purement fonctionnelle (et correspondant à une lésion encore non décélée) des cellules trophiques de la moelle et l'hypothèse d'une névrite périaxile curable (comme dans l'intoxication saturnine, par exemple) et imputable à l'action de produits toxiques indépendants ou non de la vitalité des microbes.

De l'inoculation secondaire de la peau, consécutive a des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds, par M. L. Cronier.

S'étayant sur une vingtaine d'observations, M. Cronier montre qu'un foyer tuberculeux sous-cutané ou profond peut, en s'évacuant par une fistule à travers la peau, désorganiser l'épiderme et créer, par infection du derme, un lupus d'aspect tuberculeux ou plus rarement verruqueux, dont la nature se

décèle par la recherche du bacille de Koch. Cette infection, qui paraît n'avoir rien à faire avec le lupus érhytémateux, a pour origine : soit des tuberculoses ganglionnaires (sous-maxillaires, auriculaires, axillaires, épitrochléens), soit des gommes tuberculeuses (sans aucun siège de prédilection), soit des tuberculoses ostéo-articulaires, soit enfin, très exceptionnellement, des tuberculoses viscérales. Il n'est pas admissible, d'ailleurs, qu'une tuberculose profonde puisse être l'origine d'une infection propagée à la peau, sans production fistuleuse, par l'intermédiaire d'une lymphangite.

Apparaissant rarement avant un certain temps écoulé depuis la formation de la fistule, les nodules tuberculeux se montrent le plus souvent après la fermeture de la fistule dont ils peuvent masquer parfois la cicatrice, ordinairement indurée et déprimée. L'apparition de ces lésions rebelles, qui peuvent s'étendre en traînées correspondant plus ou moins aux trajets des lymphatiques, acquiert, dans certains cas, au voisinage d'une fistule osseuse ou périnéale, une très grande valeur séméiologique.

Quant au traitement préconisé par M. Cronier, il consiste, soit dans l'ablation préventive du foyer tuberculeux profond, en se servant du thermo-cautère et des pansements antiseptiques, soit dans les cautérisations répétées de la tuberculose cutanée, si elle est déjà réalisée, à l'aide d'une fine aiguille de galvano-cautère.

F. D.

## REVUE DES THÈSES.

Étude sur la bronchite liée a l'herpétisme par le Dr Gailaw, (Thèse de Paris 1889).

Cette bronchite présente des caractères particuliers : elle est fréquente à partir de quarante ans, et frappe très rarement le jeune âge. L'expectoration est abondante, filante, visqueuse, mousseuse à la surface, grisâtre au-dessous, et ressemblant à une solution de gomme. Ce catarrhe guérit généralement, mais récidive avec une grande facilité. Le traitement qui paraît le mieux réussir, dans les formes intermittentes et les poussées aiguës de la bronchite liée à l'herpétisme, est celui par le sulfate de quinine.

De la pectoriloquie aphone dans les maladies de poitrine et comme signe de début de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Azoulay (thèse de Paris 1889).

La pectoriloquie aphone est un signe physique d'auscultation qui se rencontre dans toutes les affections pulmonaires accompagnées d'induration, et cette induration est la condition *sine qua non* de la production du phénomène.

Jointe à l'inspiration rude, à la tonalité abaissée et à la respiration soufflante qu'elle précède ou accompagne, elle constitue, lorsqu'elle est perçue à l'un des sommets, un bon signe de tuberculose initiale.

Elle se perçoit aussi dans la pneumonie non pas tout à fait au début, mais à la période d'hépatisation rouge, alors surtout que le souffle persiste.

Elle existe aussi dans la troisième période de la phthisie, et et se perçoit alors avec d'autant plus de netteté que les cavernes sont de moyenne grandeur; elle a un timbre plus élevé lorsque le volume de la caverne dépasse la moyenne.

Elle existe généralement dans les épanchements pleurétiques séreux, et dans les épanchements purulents.

Contribution a l'étude de la néphrite scrofuleuse par le Dr Iscovesco (thèse de Paris 1888).

La néphrite scrofuleuse est une néphrite diffuse avec prédominance tantôt épithéliale, tantôt interstitielle. Elle s'observe surtout chez des enfants ayant un foyer tuberculeux communiquant avec l'air extérieur; mais cette condition, n'est pas indispensable. Elle évolue dans une période qui généralement varie entre six mois et deux ans. Elle tue presque toujours par urémie. La néphrite scrofuleuse n'est pas une néphrite infectieuse.

Contribution a l'étude du pneumathorax partiel, par le Dr Haudjiam (Thèse de Paris 1886).

Le pneumothorax partiel est presque toujours d'origine tuberculeuse; les deux principales variétés de pneumothorax enkysté sont : le pneumothorax partiel supérieur et le pneumothorax partiel inférieur. L'intérêt de l'étude de ces pneumothorax enkystés réside surtout dans leur diagnostic avec les cavernes de grandes dimensions; s'il s'agit d'un pneumothorax du sommet, avec le faux pneumothorax sous phrénique, si l'épanchement gazeux siège à la base.

A. M.

Fièvre des foins, par le Dr Natier (thèse de Paris).

Quatre théories principales ont été mises en avant pour expliquer la pathogénie de la maladie; on peut les classer de la façon suivante : théorie du pollen, théorie arthistique, théorie microbienne, théorie nasale. C'est cette dernière sur laquelle insiste surtout l'auteur. La thérapeutique consiste à employer au début des moyens médicaux, en tête desquels on doit ranger la cocaïne; si ces moyens échouent, on devra alors recourir à la cautérisation galvanique intra-nasale.

Dr A. Martha

## HYDROLOGIE

Du traitement de la névralgie sciatique par les eaux et boues minérales de Dax, par M. le Dr Larauza, médecin des thermes de Dax.

Ce travail, présenté par l'auteur à la Société d'hydrologie médicale de Paris, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, est basé sur 15 observations visant principalement une forme de *la névralgie sciatique*, la *forme chronique et rhumatismale*.

Dans cette étude, l'auteur a bien soin de faire ressortir successivement la valeur de l'hydrothérapie et celle des révulsifs cutanés divers. Mais on sait combien est tenace et rebelle la névralgie sciatique chronique surtout liée à un état diathésique quelconque, particulièrement à l'arthritisme. Dans ce cas, les médications usuelles ayant échoué, les eaux minérales sont nettement indiquées et le traitement thermo-minéral proprement dit intervient efficacement, en amenant souvent des guérisons inespérées ou tout au moins de fortes améliorations que les traitements antérieurs avaient été impuissants à produire.

Les *Eaux hyperthermales sulfatées-calciques et les boues végéto minérales de Dax* agissent-elles efficacement dans les formes déterminées du *rhumatisme* et de la *goutte*? Poser la question c'est la résoudre, car la tradition et l'observation moderne établissent d'une façon péremptoire le bien fondé des revendications de *Dax* pour le traitement des affections articulaires, musculaires ou nerveuses de nature arthritique.

La névralgie sciatique, étant le plus souvent liée à l'état arthritique, peut donc retirer bon et utile profit des moyens balnéo-thérapiques de cette station. C'est ce que M. le Dr A. Larauza a bien vu et ce qu'il a nettement précisé.

Disons, en terminant, qu'indépendamment de ses nombreuses richesses hydrologiques (parmi lesquelles les produits de la Saline qui en font une émule de Salies-de-Béarn), *Dax* se fait encore remarquer par la *douceur* et l'*égalité de son climat*. Les malades atteints de névralgies sciatiques, comme tous les rhumatisants en général, peuvent donc y être adressés *en toute saison*, car ses *Grands Thermes*, qui ont obtenu une médaille d'or à l'Exposition universelle, *restent ouverts toute l'année*.

## NOTES ET INFORMATIONS

M. Pasteur vient de recevoir un album qui lui a été offert par des Anglais et des Américains admirateurs de ses travaux. Sur la première page au-dessus de la signature du prince de Galles se trouvent inscrits ces mots : « Au grand M. Pasteur, le bienfaiteur de la race humaine. » Suivent des dédicaces des professeurs de Cambridge, d'Oxford, d'Edimbourg, de Glasgow, d'Aberdeen, de San Francisco, etc.... Un grand nombre de publicistes, de savants, et de médecins se sont associés à cet hommage à M. Pasteur.

Souscription Daniel Mollière. — Une souscription ouverte à Lyon, à l'effet d'élever à Daniel Mollière, un buste qui sera placé dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, a déjà atteint 5,000 francs.

Monument en l'honneur de Ricord. — Grâce à l'initiative du professeur A. Fournier, une souscription est ouverte pour élever un monument à la mémoire de Ricord. Ces souscriptions doivent être adressées à M. le docteur Horteloup, 76, rue de la Victoire.

Banquet de l'internat en médecine. — Le banquet annuel des internes en médecine de Paris aura lieu le samedi 12 avril, à sept heures et demie, salle Kriegelstein, rue Charras (derrière l'Opéra).

Le prix de la souscription est fixé à vingt francs pour les anciens internes et à seize francs pour les internes en exercice.

Le montant de la cotisation peut être remis ou, dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde de médecine, ou au docteur Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, Paris.

Association amicale des internes et anciens internes. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 12 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu, les 13 et 14 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les Présidents et Délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 13 et le lundi 14 avril, *à une heure*.

Ordre du jour de la séance du dimanche 13 avril 1890 : La séance est ouverte à *deux heures*.

1° Allocution du Président;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier ;

3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M Passant, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1889, par M. A. Riant, Secrétaire-général;

5° Élection d'un Vice-Président en remplacement de M. le Dr Ricord, décédé;

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association; — et renouvellement partiel du Conseil général :

Membres du Conseil à renouveler: MM. Thomas, Hugot, Bontin, Marjolin, Horteloup, Vidal, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du Conseil sont rééligibles);

7° Première partie du Rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères à accorder en 1890.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 14 avril 1890 : La séance sera ouverte à *deux heures*.

1re Partie. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Vote des conclusions du Rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères.

4° Élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1891.

2e Partie. — 1° Rapport de M. Lereboullet, sur le vœu de la Société de la Gironde (*Assurance contre la maladie*), et le vœu de la Société de l'Oise (*Indemnité aux médecins malades*) ;

2° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron (*Réforme des tarifs de* 1811 *applicables aux médecins-légistes* ; *Modifications proposées*);

3° Rapport de M. Horteloup, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1891.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Le professeur Trélat. Une mort inattendue met en deuil l'Académie de médecine, la Faculté de Paris, le corps des chirurgiens des hôpitaux. M. Trélat vient de succomber, après quelques jours de maladie, à une pneumonie infectieuse, le 28 mars dernier, âgé de 61 ans.

Né à Paris, le 13 août 1828, il était l'un des trois fils de l'aliéniste distingué, de l'honnête et courageux médecin de la Salpêtrière, que la politique dut éloigner quelque temps de la science, mais auquel elle n'enleva rien de la dignité professionnelle et de la notoriété qui l'accompagne. M. Trélat père fit de son deuxième fils un médecin, il eut la consolation d'assister à ses succès avant de mourir, et justement fier des premiers concours de son enfant, heureux de le voir embrasser avec ardeur, une carrière scientifique, il aimait à répéter : « c'est mon aiglon! » En effet, il en est peu de notre temps, qui aient gravé aussi vite les premiers échelons des honneurs scientifiques. Interne des hôpitaux en 1849, lauréat

en 1853, docteur en médecine en 1854, prosecteur en 1856, Trélat est agrégé en chirurgie en 1857, à 29 ans, et chirurgien des hôpitaux en 1860, à 32 ans; mais son avancement n'allait plus dépendre des concours et il dut attendre longtemps, jusqu'en 1872, sa nomination de professeur de pathologie externe. C'était un esprit libéral, ne cachant pas sa façon de penser, et comme on l'a dit sur sa tombe, il l'était, autant par conviction que par hérédité. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1874, il a présidé la savante campagne en 1886 et sa mort causera un grand vide dans les discussions hebdomadaires. La plus grande des qualités du regretté professeur était certainement sa facilité d'assimilation, jointe à une éloquence imagée, animée, à un bon sens réel, à un savoir incontesté. Très assidu aux séances, son influence était réelle, presque toujours prépondérante.

Ses travaux écrits sont peu nombreux, et cependant la part qu'il a prise à tous les progrès de la chirurgie contemporaine sont incontestables. Il y aurait un intérêt réel à réimprimer tous les discours qu'il a prononcés à l'Académie et à la Société de chirurgie. L'*autoplastie*, les *rétrécissements* du *rectum*, les *fistules*, etc., lui doivent des procédés ingénieux. Comme professeur de clinique, il donnait des leçons pratiques destinées surtout à des élèves; improvisant facilement, posant facilement le diagnostic, bon opérateur, consultant consciencieux, il possédait bien les qualités du chirurgien praticien. Les évènements de 1870, outre sa nomination de professeur, l'avaient appelé à bien des fonctions. Conseil d'hygiène de la Seine, Assistance publique, comités de tous genres, c'était beaucoup trop pour un savant qui n'aimait point à s'attarder dans le dépouillement d'un dossier et la rédaction d'un rapport. Cependant, son intervention dans les discussions n'était jamais inutile.

Une affluence nombreuse lui a rendu le 31 courant les derniers devoirs et, parmi les discours émus, prononcés sur sa tombe, nous devons citer ceux de MM. Péan, au nom de l'Académie; Tarnier, au nom de la Faculté; Segond, au nom de ses élèves; Jules Ferry, au nom de ses amis.

D<sup></sup>r A. Dureau.

***

*Hôpitaux de Paris.* — Médecins : Par suite du décès de M. Blachez : M. Constantin Paul, passe de Lariboisière à la Charité; M. Raymond, de Saint-Antoine à Lariboisière; M. Brissaud, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Faisans, de Sainte-Périne à Tenon ; M. Talamon, de La Rochefoucault à Sainte-Périne ; M. Ballet, du Bureau central à La Rochefoucault.

Chirurgiens : Par suite des nominations de MM. Duplay et Guyon, les mutations ont lieu dans l'ordre suivant, dans les services de chirurgie : M. Le Dentu, de Saint-Louis à Beaujon ; M. Marchand, de Saint-Antoine à Saint-Louis ; M. Blum, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Reynier, de Ivry à Tenon ; M. Horteloup, de la Maison municipale de santé à Necker ; M. Segond, de Bicêtre à la Maison municipale de santé ; M. Quenu, du Bureau central à Bicêtre ; M. Nelaton, du Bureau central à Ivry.

***

*Assistance publique. Hôpital Saint-Louis.* — Une proposition relative à un nouveau mode de recrutement des médecins de cet hôpital, en ce qui concerne les maladies de la peau, a été présentée au Conseil municipal, par M. le Dr Chassaing et renvoyée à l'administration. Il ne serait rien changé au concours et les médecins de Saint-Louis sortiraient du bureau central, mais deux médecins du bureau seraient spécialisés, c'est-à-dire qu'ils remplaceraient seuls les médecins de Saint-Louis. Cette spécialisation sera faite, à la demande du médecin, dès sa nomination au bureau central. Si le nombre des demandes de spécialisation excède le nombre de deux, la désignation sera faite par un jury spécial. Enfin lors d'une vacance à l'hôpital Saint-Louis, on prendra le nouveau titulaire parmi les médecins spécialisés, et le choix sera fait à la suite d'un examen des titres des candidats, par un jury composé des médecins honoraires ou titulaires du dit hôpital. Ces titres sont les suivants : Internat à Saint-Louis, assiduité aux services spéciaux de l'hôpital, remplacements de médecins titulaires, leçons professées sur la dermatologie et la syphiligraphie, travaux scientifiques sur la dermatologie, ouvrages, articles originaux, revues critiques, analyses.

***

*Corps de santé de l'armée.* — Une circulaire récente du Ministre de la guerre invite les inspecteurs-directeurs du service de santé des corps d'armée, à lui adresser la liste des aides-majors de la réserve de 2e classe, de la réserve et de l'armée territoriale, anciens externes des hôpitaux, et ayant fait un stage, et qui en conséquence, peuvent être inscrits d'office au tableau d'avancement.

***

*Corps de santé de la marine.* — Le *Journal officiel* du 2 avril contient un rapport du ministre de la marine, suivi d'un décret et d'un arrêté attribuant au service de santé de la marine, l'administration et la police des hôpitaux maritimes.

***

*L'administration et la police des hôpitaux maritimes attribuées aux directeurs du service de santé de la marine.* — Suivant un décret en date du 31 mars dernier dans chaque chef-lieu d'arrondissement maritime, le service de santé est dirigé, sous l'autorité du vice-amiral commandant en chef, préfet maritime, par le directeur du service de santé.

Aux termes du décret la direction, la police et l'administration des établissements hospitaliers et ambulances de la marine appartiennent au corps de santé. Elles sont exercées par le directeur du service de santé ou, à son défaut, par le médecin le plus élevé en grade, lequel remplit auprès de lui les fonctions de sous-directeur.

Le directeur du service de santé a sous ses ordres les médecins, les pharmaciens, les sœurs hospitalières, les infirmiers maritimes détachés aux établissements hospitaliers, les jardiniers botanistes et tous agents inférieurs attachés au même service, ainsi que le personnel des agents administratifs de direction affecté à la comptabilité et à la tenue des écritures.

Le médecin sous-directeur est spécialement chargé, sous l'autorité et la responsabilité du directeur, des différents détails de l'administration du service hospitalier.

Le directeur du service de santé est médecin chef de la place et possède à cet égard les attributions conférées par les décrets et règlements sur le service de santé des armées en campagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

*Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de février et mars* 1890 (Année scolaire 1889-90).

—

Sigalas. — Recherches expérimentales de calorimétrie animale (mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires.

Roy. — Le muscle orbiculaire des lèvres.

Jean. — Etude critique sur la médication phéniquée dans la fièvre typhoïde.

Gamhaud. — Contribution à l'étude de la tuberculose du testicule et particulièrement de son traitement par la castration.

Biscons. — De quelques recherches anatomiques et physiologiques sur les artères cérébrales.

Roux. — Contribution à l'étude chimique du lait de vache naturel. — Constitution des laits de l'arrondissement de Rochefort-sur-Mer.

Vaton. — Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.

—

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 MARS 1890.

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 2. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 10.— Diphthérie, croup, 43.— Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 240. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses, 39. — Autres, 12. — Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36. 0— Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë, 40. — Bronchite chronique, 47. — Broncho-pneumonie, 42. — Pneumonie, 76. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 14. — Biberon 51. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 34. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 206. — Causes inconnues, 13. — Total : 1167.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, **F. DE RANSE.**

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

DES

# EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisit, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pulna, de Birminstort, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE

*Membres* : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement** : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CHIRURGIE

DIFFORMITÉS DES PIEDS ET DES ORTEILS CONSÉCUTIVES A CERTAINES PHLÉBITES DES MEMBRES INFÉRIEURS ; PIEDS BOTS PHLÉBITIQUES, par M. VERNEUIL.

La phlébite peut frapper tous les points du système veineux, mais elle atteint surtout les veines de la moitié sous-ombilicale du corps et en particulier celles des membres inférieurs.

Elle a pour causes ordinaires : les plaies de ces membres, les fractures, les varices et deux lésions utérines fréquentes, l'accouchement et les néoplasmes malins, l'épithélioma par exemple. Dans ces deux derniers cas, la phlébite est généralement désignée sous le nom de phlegmatia alba dolens.

Les veines de la moitié inférieure du corps sont superficielles ou profondes ; les unes sont cachées dans la cavité du bassin, tandis que les autres sont logées dans l'intertice des muscles de la cuisse ou de la jambe (*veines inter-musculaires*) ou rampent dans l'épaisseur des muscles mêmes (*veines intra-musculaires*).

La phlébite n'atteint presque jamais la totalité de ces veines, et surtout ne les envahit pas simultanément ; de coutume elle occupe d'abord des régions, des segments plus ou moins étendus et circonscrits dans le bassin, la cuisse ou la jambe, à la superficie ou dans la profondeur ; mais il arrive souvent que, de son point de départ, elle s'étend de haut en bas ou de bas en haut, des veines sous-cutanées aux veines inter- ou intra-musculaires, du côté droit au côté gauche, et réciproquement. Dans la phlegmatia alba dolens, qui, le plus souvent, est bilatérale, il faut parfois plusieurs semaines pour que l'envahissement soit à peu près complet.

Les conséquences prochaines ou éloignées de la phlébite des membres inférieurs sont bien connues. On a noté des accidents généraux infectieux ; des accidents locaux : œdème, suppuration, douleurs violentes, arthrites, varices ; des accidents à distance causés par le déplacement des caillots (*embolies*). Mais il restait à décrire une complication tardive dont je n'ai trouvé traces ni dans mes lectures, ni dans les entretiens que j'ai eus avec mes collègues chirurgiens et accoucheurs. Seul, un de mes élèves les plus distingués et les plus instruits, M. le Dr Kirmisson, qui s'occupe avec grand succès d'orthopédie, a vu et traité même un cas de l'affection en question sans avoir songé à le publier.

Il s'agit des difformités des pieds et des orteils qu'on peut rapporter à deux formes du pied bot : l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils qui, dans les variétés congénitales, sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes ; ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout

## FEUILLETON

### L'HOSPITALISATION DES ENFANTS A LONDRES ET LES HOPITAUX DISPENSAIRES.

(*Suite*) (1)

Les dispensaires Furtado-Heine, Ruel, et surtout les dispensaires de la Société philanthropique, comblent une lacune et répondent à un véritable besoin pour les Parisiens.

Ces considérations nous ont convaincu qu'il y a lieu, pour compléter notre système d'hospitalisation infantile à Paris, d'adopter un type de petit hôpital très répandu aujourd'hui à Londres : l'*Hôpital-Dispensaire*.

Cette conclusion sera la plus importante de notre rapport.

(1) Voir le numéro précédent.

I

HOSPITALISATION DES ENFANTS ATTEINTS DE MALADIES CONTAGIEUSES A LONDRES.

Le plus grand nombre des enfants atteints de maladies contagieuses graves est hospitalisé dans les *Infections Hospitals* de *Metropolitan Asylum Board*.

C'est dire que les petits malades sont placés dans les mêmes hôpitaux que les adultes. Les maladies, et non l'âge, sont prises en considération pour le classement des malades. Les petits varioleux sont envoyés à l'hôpital fluvial. Les enfants atteints de *scarlatine*, de *diphthérie* et de *fièvre typhoïde* sont répartis dans les autres hôpitaux infectieux.

Au-dessous de 5 ans, les petits malades sont soignés dans les mêmes salles que les femmes ; au-dessus de cette âge, ils sont mêlés aux adultes du même sexe, qui sont affectés des mêmes maladies.

Dans ces hôpitaux de fiévreux, nous ne voyons ni les enfants coquelucheux, ni les rubéoleux. La coqueluche est admise dans les petits hôpitaux spéciaux pour enfants ; quant à la rougeole,

les muscles de la couche profonde de la jambe : fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur, plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaire.

Cette affection, à en juger par le silence des auteurs, serait rare, et j'aurais été favorisé en en rencontrant, dans moins de trois ans, trois exemples, auxquels il faut joindre le quatrième, observé par M. Kirmisson. En tout cas, sa rareté est peu en rapport avec la fréquence bien connue des phlébites traumatiques, variqueuses et d'origine utérine, ce qui indique clairement que certaines variétés de ces phlébites sont seules capables de la produire. Voici, aussi concis que possible, le résumé des faits venus à ma connaissance.

Obs. I. — Femme adulte. Phlébite variqueuse partant d'un membre et envahissant l'autre au bout d'un certain temps. Douleurs excessives, accidents généraux très graves; albuminurie, arthrites aiguës fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes; extension permanente et forcée des pieds; flexion des orteils et surtout du premier; lésions plus marquées à gauche qu'à droite. L'affection, qui a commencé à la fin de 1887, n'est point encore guérie, et, bien que la santé soit tout à fait rétablie, la marche est encore tout à fait impossible.

Obs. II. — Jeune femme primipare. Phlegmatia alba dolens double, débutant quinze jours après l'accouchement et envahissant successivement les deux membres. Un double varus équin se produit en moins de trois semaines sous nos yeux, en raison de l'insuffisance forcée du traitement préventif. Aujourd'hui en voie de guérison, quatre mois après le début du mal.

Obs. III. — Homme adulte. Plaie de la cuisse. Ligature de la fémorale commune; phlébite de la veine satellite s'étendant à tout le membre; extension forcée du pied et flexion modérée des orteils, avec rigidé absolue. Affection unilatérale.

Obs. IV. — Femme adulte. Phlegmatia alba dolens double, suite de couche. Pieds bots équins. Section du tendon d'Achille en bas, d'un an (Kirmisson).

J'ai déjà dit que toutes les phlébites ne donnaient pas naissance aux difformités en question; d'autre part, j'ai montré que la déviation des pieds et des orteils provenait de la contracture des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe. Reste à indiquer comment l'inflammation des veines peut agir sur les muscles susdits. Or, voici comment les choses se passent : tant que les veines superficielles et profondes inter-musculaires sont seules enflammées les muscles, isolés par des plans aponévrotiques ou une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, restent étrangers au processus morbide; mais les vaisseaux intra-musculaires sont-ils puis qu'aussitôt la fibre rouge, en contact immédiat avec eux (car aucune barrière protectrice ne les sépare), s'enflamme à son tour et entre en fonction pathologique; en d'autres termes, la phlébite amène la périphlébite, laquelle, agissant sur le seul tissu voisin, amène nécessairement la myosite qui produit fatalement à son tour la contracture, puis la rétraction et les déviations et difformités conséquentes.

Pour qui connaît la disposition des veines intra-musculaires de la région postérieure de la jambe chez les variqueux et autres sujets dont la circulation veineuse du membre inférieure est entravée, accepteront sans peine cette pathogénie des pieds bots phlébitiques, à laquelle, j'en conviens, manque pourtant encore la consécration des autopsies.

Si je reviens sur le terrain clinique, je constate que le pronostic est assez sérieux en ce qui touche le rétablissement des fonctionnements du membre. En effet, la malade atteinte de phlébite variqueuse à la fin de 1887 ne marche pas encore, et ceux qui sont actuellement dans mon service depuis trois ou quatre mois sont à peine en voie de guérison. Il est donc bien important de signaler une affection rebelle, ne fût-ce que pour savoir si, averti à temps, le praticien n'en pourrait pas instituer au moins la prophylaxie, c'est-à-dire s'opposer dès le début à la production de la difformité.

Le traitement curatif comprend la rectification des attitudes vicieuses par les appareils à action rapide ou progressive, les frictions, le massage, l'électrisation des muscles antagonistes et enfin la ténotomie qui, une fois déjà, a été appliquée par M. Kirmisson.

Une malade de mon service est actuellement traitée par une série d'appareils platrés, à l'aide desquels on redresse progressivement le double varus équin. Le massage, chez deux autres, nous donne de bons résultats, appliqué qu'il est avec beaucoup de prudence.

J'ajouterai en terminant que, si les indications thérapeuti-

---

elle n'est que rarement hospitalisée à Londres. Les médecins anglais admettent que la contagion de cette maladie est telle qu'elle ne peut être évitée, et ils estiment que la rougeole s'aggrave par le fait même de l'hospitalisation.

Une exception doit être faite pour *London fever Hospital*, où un petit nombre de rubéoleux ont été soignés pendant l'année 1889.

Du reste, sauf pour la variole et la scarlatine, cet isolement des maladies contagieuses de l'enfance est moins rigoureux qu'on ne pourrait le penser au premier abord.

Dans les petits hôpitaux-dispensaires réservés aux enfants, il n'est pas rare de rencontrer des coquelucheux et même des diphthériques.

Nous dirons plus loin quelles mesures sont prises dans ces établissements pour entraver la contagion.

Les enfants sont admis directement dans les hôpitaux infectieux, après examen des médecins résidants. Souvent ils sont envoyés des hôpitaux généraux ou des hôpitaux dispensaires, par les médecins de ces établissements qui ont reconnu la nature infectieuse de la maladie.

Les hôpitaux infectieux de Londres, sont bien connus en France, et nous n'avons rien à ajouter aux descriptions qui en ont été faites avant nous. La délégation du Conseil municipal de Paris, a été séduite en 1886 par la simplicité d'installation des *Infectious Hospitals*, et par la perfection relative de leur fonctionnement, mais son attention ne paraît pas s'être fixée sur le rôle qu'ils jouent dans l'hospitalisation des enfants. On nous permettra donc de reprendre un peu ce sujet, et d'insister sur l'organisation.

Les hôpitaux infectieux sont au nombre de huit, à Londres, y compris l'hôpital fluvial (*Hospital Ships*) pour la variole; ce dernier a été aménagé dans des bateaux, sur la Tamise, à une assez grande distance de la ville.

On a fait un grand effort pour refouler hors de Londres les germes varioliques, et pour assurer l'isolement de la variole.

Mais ce serait une erreur de croire que les autres hôpitaux infectieux sont situés en dehors de la ville. Ils sont disséminés dans les faubourgs, mais non pas très éloignés du centre de Londres, comme on l'a prétendu.

Les hôpitaux de fiévreux portent des noms qui indiquent leur situation topographique : *Eastern Hospital, North Western Hospital South Eastern Hospital*, etc.

ques sont faciles à poser, elles sont beancoup moins aisées à mettre en pratique, car les douleurs excessives de la phlébite et des arthrites concomitantes rendent les actions mécaniques plus ou moins longtemps intolérables, et le danger des des embolies interdit pendant longtemps aussi les manœuvres pouvant atteindre plus ou moins directement les veines remplies de caillots sangnins.

## MEDECINE PRATIQUE

### De l'eczéma curateur.

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

*(Suite et fin.)*

II.

Le rôle curateur qu'a joué ici d'une façon aussi évidente l'eczéma n'est pas un privilège exclusivement dévolu à cette maladie. Les fièvres éruptives, certaines dermatites et plus particulièrement l'érysipèle sont bien counues pour les manifestations salutaires qu'elles impriment à la marche d'une nombreuse variété d'affections. C'est ainsi que sous l'influence de cette dernière les ulcérations lupiques peuvent disparaître, le phagédénisme s'arrêter, l'éléphantiasis rétrocéder, l'arthrite fongueuse se résoudre et des abcès circonvoisins se tarir, que la tuberculose est susceptible de subir un temps d'arrêt dans sa marche et le cancer lui-même de diminner de volume. L'infection paraît ici combattue par l'infection, à l'inverse des circonstances où elle semble au contraire la favoriser comme on peut l'observer dans les complications diphtéritiques de la scarlatine. Il est encore des cas intermédiaires où l'infection d'abord combattue par l'infection est ensuite favorisée par elle, témoin certaines tumeurs cancéreuses qui évoluent avec une très grande rapidité après avoir présenté tout un temps des phénomènes atrophiques.

Mais nous devons limiter notre étude au rôle exercé par l'eczéma sur un état morbide antérieur. Il est à noter, qu'en dehors de l'accident lui-même, le premier phénomène en date dans notre observation est la tuméfaction du genou. Quelle pût bien être la cause première de cette manifestation articulaire? Nous n'hésitons pas à la rattacher à l'infection lymphangitique et à en faire une arthrite septique. L'ordre chronologique des faits infirmerait notre façon de voir, si l'on ne s'en rapportait qu'à la traînée rougeâtre symptomatique, apparue deux jours après, et si nous ignorions, que les effets d'un germe infectieux introduit par une plaie peuvent éclater loin d'elle, sans avoir préalablement révélé sa présence par aucun signe entre le lien d'introduction et le point où il exerce son action. On sait très bien au contraire que les lymphangites profondes peuvent passer inaperçues, tout en portant cependant un principe septique à une distance plus ou moins éloignée de son point de départ; témoin ces adénites, inguinales on axillaires, si connues, consécutives à des piqûres de doigts on d'orteils; témoin encore ces adénites cervicales, sur lesquelles on a tout récemment attiré l'attention, pathognomoniques du cancer d'un viscère abdominal, et sans signes, révélant la lymphangite intermédiaire. Ce qui se passe pour les ganglions a également lieu pour les synoviales; d'antant que plusieurs anatomistes modernes considèrent les séreuses, le tissu cellulaire, les lymphatiques, comme étant un tout continu. Dans notre cas l'on doit admettre qu'un principe septique, qu'un germe infectieux puisé au niveau de la plaie contuse, a dû pénétrer dans les tissus, amenant une inflammation plus ou moins légère des lymphatiques profonds et par eux a gagné l'articulation.

Les complications articulaires de la lymphangite, pour avoir été moins étudiées, croyons-nous, que celles survenant durant le cours d'un érysipèle, s'imposeraient parfois cependant à l'attention de l'observateur. Comment n'en aurait-il pas été ainsi puisque désormais lymphangite et érysipèle doivent être pathogéniquement confondues? C'est ce qui ressort des récentes découvertes de MM. Clado et Verneuil. Ces expérimentateurs ont démontré que la lymphangite, occupant les troncs vasculaires, et l'érysipèle localisée dans les réseaux du même système, ne sont que deux formes d'une seule et même maladie contagieuse, infectiense, parasitaire; que leur agent est un microbe spécial facile à reconnaître, à isoler, à cultiver et à inoculer aux animaux; que ce microbe décrit dans l'érysipèle seulement se retrouve dans la lymphangite aiguë avec ses caractères et toutes ses propriétés; qu'il établit définitivement l'identité absolue de cause et de nature de deux affections considérées comme distinctes par un grand nombre d'auteurs.

L'arthrite, ayant été consécutive à une affection essentielle-

---

Les deux établissements que nous avons visités : North Western ou *Hampstead* et Western ou *Fulham*, sont fort analogues; ils peuvent être considérés comme les types du genre.

Sur des terrains très vastes, s'élèvent des pavillons construits en bois, on mi partie brique, mi partie bois.

Chacun des pavillons est une baraque, n'ayant qu'un rez-de-chaussée où sont disposés 20 à 30 lits au plus. Les pavillons sont espacés et séparés les uns des autres de 20 à 50 mètres par des pelouses ou des bosquets.

Sans entrer dans les détails techniques de construction, qui sont du ressort de l'architecture, nous avons remarqué les salles bien éclairées, bien ventilées, sans aucune odeur, des appareils de chauffage soigneusement installés, des latrines d'une grande propreté et largement irriguées.

De grandes cuves remplies de solution de sublimé, à 2/1000 on d'acide phénique au 1/100 servent à l'immersion des vêtements, et du linge des malades entrants. Des étuves sèches fonctionnent pour la désinfection de la literie.

Le personnel des serviteurs de chaque pavillon, où l'on groupe les malades atteints de même maladie est indépendant, et couche dans un petit dortoir annexé au pavillon.

Le service médical est fait par deux ou trois médecins résidants, qui n'entrent jamais dans des salles différentes, sans se vêtir d'une blouse de toile spéciale.

On ne pénètre que difficilement dans les hôpitaux infectieux. Ils sont fermés même aux étudiants en médecine qui terminent leurs études dans les hôpitaux généraux, sans avoir pu se renseigner convenablement sur les fièvres. Ce fait à lui seul démontre combien sont grandes les précautions prises pour l'isolement des maladies contagieuses.

*London fever Hospital* est placé dans un quartier central de Londres. Il diffère notablement des autres hôpitaux infectieux dépendant de *metropolitan asylum Board*. Les pavillons isolés sont construits en brique, les murs sont revêtus à l'intérieur de briques émaillées.

C'est le seul hôpital de fiévreux où nous ayons vu la rougeole hospitalisée.

D'après les renseignements fournis par les médecins résidants de Fulham et d'Hampstead, nous avons appris qu'un *act* spécial du

lement septique des vaisseaux lymphatiques, est sceptique elle-même, c'est dire que le *streptococcus* a envahi l'article et qu'il aurait pu y produire ses ravages habituels, dont le point ultime est la suppuration, si une éruption eczémateuse n'était venue enrayer manifestement ses effets.

Comment a agi ici l'eczéma? Est-ce en provoquant une simple inflammation substitutive, ayant pour but de ramener un certain degré d'acuité dans une inflammation plus ou moins chronique? est-ce en oblitérant les vaisseaux lymphatiques par le processus phlegmasique et par l'immobilité qu'il a entraîné dans la région malade? Les deux opinions ont été soutenues pour expliquer le rôle curateur exercé par l'érysipèle. Mais nous préférons pousser plus avant l'explication du phénomène ayant surtout en vue le rôle infectieux.

Nous connaissons les résultats produits par les associations microbiennes, nous savons, que si deux microbes pris isolément et sans action sur le même animal sont capables, réunis, d'entraîner sa mort; les effets d'un microbe pathogène peuvent se trouver atténués ou même détruits par le développement d'un autre microbe. Tandis que M. Roger tue rapidement des lapins en injectant dans leurs muscles une goutte de sérosité gangréneuse mélangée à un centimètre cube de *prodigiosus*, l'un et l'autre de ces microbes injectés séparément restant sans effets marqués; M. Bouchard peut empêcher le développement du charbon bactéridien chez ces mêmes animaux en inoculant le bacille pyocyanique. Ces deux expérimentateurs reconnaissent en outre que le *prodigiosus* et le bacille pyocyanique exercent leurs influences opposées, grâce aux substances qu'ils secrètent; ce qui en dernière analyse, tend à réduire leurs effets à des actions d'ordre chimique. Les produits de sécrétion bacillaire semblent avoir sur les lésions des effets comparables à ceux que MM. Nocard et Roux ont constatés pour l'acide lactique. Si ce corps détermine l'exaltation du virus bactérien, d'autres peuvent en produire l'atténuation; et de la lutte engagée avec les cellule par un microbe qui a pénétré dans l'organisme, résulteront des effets variables suivant la nature de la substance chimique naturellement ou expérimentalement introduite. Qu'il s'agisse d'acide lactique, de sels neutres de potasse ou de soude, de triméthylamine se dégageant de certaines vieilles cultures, de substances capables, en un mot de détruire les tissus de l'animal, d'affaiblir la résistance des cellules, l'agent pathogène aidé dans son combat semblera plus actif, tandis qu'il paraîtra au contraire atténué si, inversement cette substance lui est particulièrement nuisible.

L'eczéma n'aurait-il pas donné naissance à un composé chimique spécial dont l'action sur l'arthrite septique aurait été comparable à celles qu'exercent les produits du bacille pyocyanique sur le charbon bactéridien du lapin? Tout le ferait supposer bien que la nature parasitaire de l'affection n'ait pas été démontrée. Il est vrai qu'on n'a pas démontré davantage la nature parasitaire de l'urticaire guérissant une bronchite aiguë, de la fièvre suspendant la coqueluche. On sait au contraire que cette dernière peut se développer sous l'influence des produits solubles des cultures absolument privées de tous germes morts ou vivants. Voilà certes qui amoindrit l'influence accordée aux microbes pour augmenter celle que l'on doit rapporter à l'action des agents chimiques.

III

Et puisque l'eczéma peut exercer une action salutaire sur un état morbide, il y a lieu de se demander s'il ne conviendrait pas de provoquer, le cas échéant, son apparition. Pour l'érysipèle, que nous comparons volontiers, quant à son rôle modificateur et curateur à la dermatose qui nous occupe, la question avait été différemment résolue. Tandis que Ricord avait grande confiance dans ce procédé pour la guérison des accidents terribles du phagédénisme, en raison des idées de bénignité presque absolue qui régnaient alors; que Després encouragé par quelques beaux succès, s'étant fait l'apôtre de la thérapeutique substitutive, le réservait à quelques cas spéciaux; d'autres étaient venus démontrer que les observations où l'érysipèle avait amené la guérison d'une lésion étendue et rebelle se trouvaient rares, plus rares peut-être que les accidents imprévus engendrés par la survenance de cette maladie, et qu'en somme son inoculation, facile aujourd'hui, ne saurait être tentée dans un but thérapeutique que lorsqu'on aurait les moyens de juguler l'affection, de l'arrêter à loisir dans sa marche, d'empêcher en un mot ses complications dangereuses.

Si l'on n'a pas de semblables craintes à avoir pour l'eczéma, on est plus embarrassé en revanche pour le faire naître. Sans doute on énumère bien ses causes dans tous les traités de dermatologie : s'il peut succéder à des irritations physiques, mécaniques, chimiques et zoologiques de la peau tenant sous leurs dépendances les eczémas professionnels, thérapeutiques

---

parlement autorisait les hôpitaux infectieux à ne pas admettre la rougeole (1). Cette mesure paraît avoir été prise après des épidémies meurtrières; de là, cette opinion presque générale chez les médecins anglais, et signalée plus haut, qu'il est préférable de soigner la rougeole à domicile.

(1) Les médecins français ont aussi reconnu les inconvénients graves de l'accumulation de la rougeole dans les hôpitaux. Laveran père admet que c'est par suite d'une insalubrité générale et non par l'influence réciproque des malades atteints de rougeole que cette affection dans les hôpitaux présente parfois une gravité particulière. (Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole, *Gaz. heb.* 1864.) Cependant Ferrand (*Union méd.*, 23 octobre 1873) et Oyon (Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'Hospice des enfants assistés de Paris, *Thèse inaug. Paris* 1874) pensent que l'agglomération dans une même salle d'individus atteints de rougeole en augmente l'intensité par le fait même de la condensation du miasme morbilleux. Pour les détails, voir à l'appendice la description sommaire de *London fever Hospital, d'Hampstead* et de *Fulham*.

Néanmoins il serait question actuellement d'affecter un hôpital spécial aux rubéoleux.

Dans les hôpitaux infectieux, on ne soigne le plus ordinairement que la scarlatine, la fièvre typhoïde et la diphthérie.

II

HOPITAUX-DISPENSAIRES POUR ENFANTS.

Il n'y a guère plus de trente ans que le premier type d'hôpital de ce genre a été construit à Londres. *The hospital for sick Children* a été fondé en 1852. *Cheyne hospital* a été ouvert peu d'années après. *Evelina hospital*, l'un des modèles les plus parfaits de ce genre avec *Victoria hospital*, date de 1869.

Actuellement, ces petits hôpitaux spéciaux pour enfants sont au moins au nombre de douze, disséminés dans tous les quartiers de la ville.

Dans l'hôpital Français que l'on édifie au centre de Londres, une section importante sera réservée au dispensaire pour enfants.

La multiplication rapide de ces petits hôpitaux dispensaires, montre bien que les Anglais, après avoir reconnu les avantages de cette innovation hospitalière, l'ont adoptée définitivement. Dans

et parasitaires ; s'il peut résulter de l'ingestion de substances alimentaires ou toxiques à laquelle seraient dus les eczémas pathogénétiques ou de cause externe, dans lesquels la substance irritante, au lieu de modifier directement et par simple contact la circulation et la nutrition de la peau agit sur elle, tantôt de dedans en dehors par voie d'élimination, tantôt par l'intermédiaire des nerfs ; il peut dépendre aussi soit d'affection d'organes éloignés ou de lésions du système nerveux, soit de maladies dyscrasiques. Et cependant toutes ces causes sont encore impuissantes à produire l'affection s'il n'existe pas surtout et avant tout ce *quid ignotum*, la diathèse herpétique. Ce vaste point d'interrogation qui obscurcit plutôt qu'il ne l'éclaire la pathogénie de l'eczéma, rappelle cet antre *quid ignotum divinum aut diabolicum* naguère appelé génie épidémique.

La doctrine microbienne qui a fait justice de ce dernier aura raison aussi, nous l'espérons, de la doctrine diathésique. Déjà l'on connaît le microorganisme de beaucoup de dermatoses et bien que l'inoculation n'ait pas encore donné à notre connaissance du moins, de résultats positifs, celui de l'eczéma ne saurait tarder, s'il ne l'est déjà, à être déterminé. Lang parle bien d'un microbe qu'il aurait rencontré constamment dans les cas de psoriasis et dans toutes les autres maladies de la peau dans lesquelles il se forme des croûtes, mais Ries (d'Ulm) conteste son existence microbienne. Non seulement ce dernier observateur ne croit pas que l'épidermophyton soit le générateur des dermatoses à formations crustacées, mais encore et en raison des alérations que produisent sur ce corps la lessive de potasse, altérations que l'on ne retrouve chez aucun microbe vrai, il est convaincu qu'il s'agit d'une production absolument artificielle microbiforme, analogue à celles qu'on peut faire naître en se servant de lessive de potasse et de graisse.

Si la production d'un eczéma peut à l'heure actuelle se trouver entourée d'autant de difficultés que l'était celle de l'érysipèle avant la découverte de son *streptococcus*, il n'en est pas moins vrai qu'il y aura lieu de porter par le fait de son apparition un pronostic plus favorable au point de vue de l'affection primitive.

L'eczéma artificiel produit par des topiques, enflammé, très rouge, guérissant facilement et nettement limité au point d'application, aurait-il les mêmes effets que l'eczéma véritable toujours caractérisé par la diffusion des bords et par des vésicules d'eczéma sparsum autour de la surface envahie ainsi que nous l'avons observé chez notre malade? Il serait pour l'instant malaisé de le dire.

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INFLUENZA (Suite) (1).

XXVI. — UN CAS DE FOLIE GUÉRIE A LA SUITE D'UNE ATTAQUE D'INFLUENZA, par le Dr M. METZ, *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 8, p. 201.

XXVII. — DEUX CAS D'AFFECTIONS CONSÉCUTIVES A L'INFLUENZA, par le Dr KRAUSE. *Ibidem*, p. 204.

XXVIII. — LARYNGITE AIGUE AVEC FORMATION DE PETITS ABCÈS A LA SUITE D'UNE ATTAQUE D'INFLUENZA, par le Dr M. SCHAEFFER. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 10, p. 192.

XXIX. — QUELQUES CAS DE PARALYSIE DE L'ACCOMMODATION, CONSÉCUTIVE A UNE ATTAQUE D'INFLUENZA, par le Dr UHTHOFF. *Ibidem*, p. 190.

XXX. — SUR LES INFLAMMATIONS DE L'ŒIL CONSÉCUTIVES A L'INFLUENZA, par le professeur EVERBUSCH. *Munchner medic. Wochenschrift*, 1890, n° 6.

XXXI — DEUX CAS D'INFLUENZA AVEC ÉRYTHÈME PAPULEUX, par le Dr BÉLA. *Internationale Klin. Rundschau*, 1890, n° 4.

XXXII. — LE RASH DANS LE COURS DE L'INFLUENZA, par le Dr HAWKINS. *The Lancet* 25 janvier 1890.

XXXIII. — CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉPIDÉMIE D'INFLUENZA, par MM. STINTZING et WEITMEYER. *Munchner. Medic. Wochenschrift*, 1890, n° 9.

XXXIV. — MÉDICATIONS DIVERSES.

XXXVI. — Si l'influenza, comme les autres maladies fébriles, infectieuses ou réputées telles, peut engendrer des psychoses passagères, à l'instar de ces mêmes maladies elle peut amener la guérison d'une affection mentale préexistante. C'est du moins ce que paraît démontrer l'observation de M. Metz.

Le sujet de cette observation, un homme d'une trentaine

(1) Voir les numéros 2, p. 12, 5, p. 66, 8. p. 90, 14, p. 157.

---

un pays où la charité privée subvient seule aux besoins des établissements de bienfaisance, on comprend aisément que les moyens les plus pratiques, les plus économiques et les plus fructueux soient activement recherchés pour tirer le meilleur parti des donations.

Tous ces hôpitaux-dispensaires pour enfants, de même que les autres, après avoir été fondés sous le patronage d'un grand personnage, d'un membre de la famille royale, etc., sont entretenus par des contributions volontaires.

Le plus grand nombre des souscriptions sont annuelles. Les personnes qui font des legs ou des dons sont inscrites sur le livret de l'hôpital, et participent, suivant l'importance de leur donation, à l'administration de l'établissement. Un comité de patronage ou de surveillance est constitué par les principaux donateurs.

Tous ces hôpitaux-dispensaires ne dépendent en rien de l'Etat ni de la municipalité et n'en attendent aucune ressource. La charité des particuliers doit pourvoir à tout.

Les hôpitaux-dispensaires pour enfants, répartis aussi bien au centre de Londres que dans les faubourgs extrêmes, sont petits. Le plus petit que nous ayons vu, celui de *Saint-Gabriel*, ne contient que douze lits pour enfants au-dessous de deux ans. Le plus grand, *The hospital for sick Children*, ne compte pas plus de soixante lits, tant pour la médecine que pour la chirurgie. Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existent.

Les services du dispensaire, ce que nous appelons à Paris la consultation externe, ont dans toutes ces maisons une importance prépondérante. Les locaux affectés à ces services, salles d'attente, de consultation, de pharmacie, etc., sont presque aussi spacieux que les salles d'admission.

On hospitalise peu les enfants à Londres, et seulement dans les cas les plus urgents. Tandis que 400 à 1000 enfants, suivant la grandeur de l'hôpital, sont soignés par année dans les salles, le nombre des malades qui fréquentent le dispensaire varie de 12.000 à 40.000 et plus, durant le même laps de temps.

Aussi les services d'hospitalisation apparaissent-ils comme une simple annexe du dispensaire.

*(A suivre.)*

d'années, présentait des signes de démence depuis l'été 1888; il était atteint du délire des persécutions, et on dut l'interner dans une asile au mois de février 1889, pour l'empêcher de se livrer à des actes de violence sur les personnes de son entourage, sur sa femme notamment. Au mois de janvier dernier, plusieurs cas d'influenza éclatèrent dans cet asile. Le malade lui-même présenta les premiers symptômes de la pandémie le 13 janvier au soir. Il fut pris de fièvre (39°,6), ne mangea pas; aux questions qu'on lui adressa il répondit qu'il éprouvait des douleurs dans la tête, dans les lombes, dans les membres. Le lendemain, on releva comme température interne 39°,3, 39°,4 et 38°,8. Le surlendemain, la température du malade était redevenue normale. Le 17 janvier, deux jours après l'accès de fièvre, le malade écrivit à sa femme une lettre très sensée; il se rendait compte maintenant de ce qui s'était passé en lui depuis qu'il avait été frappé de démence. Il indiquait comme date précise de l'amélioration de son état psychique, le jour où la fièvre s'était déclarée chez lui. L'amélioration a progressé et le 9 février le patient fut réintégré dans sa famille; on pouvait le considérer comme étant guéri.

XXVII. — M. Krause relate d'abord sommairement le cas d'un homme qui, au décours d'une attaque d'influenza, présenta un véritable délire des persécutions avec idées de suicide et refus obstiné de prendre des aliments. Il était fortement constipé et depuis trois nuits il ne dormait plus. Le médecin lui prescrivit des purgatifs et un narcotique. Le lendemain, les troubles psychiques s'étaient dissipés.

Le patient ne s'adonnait pas à la boisson; il n'y avait pas d'antécédents neuropathiques dans sa famille.

Un autre malade a présenté à la suite d'une attaque d'influenza, une tuméfaction de la jambe gauche, qui s'arrêtait aux malléoles. La pression du doigt ne laissait pas de trace. Il n'y avait pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. On crut d'abord à une thrombose, mais un examen attentif du malade démontra que cette supposition était erronée.

Un traitement approprié (massage, enveloppements dans des linges mouillés, suspension du membre) a fait disparaître l'enflure en cinq jours; mais elle se reproduisit au bout d'une semaine, pour disparaître de nouveau et ainsi de suite.

XXVIII. — L'observation de M. Schaeffer peut se résumer dans ces quelques mots :

Un ouvrier de 25 ans, avait, au sortir d'une attaque d'influenza, repris son travail pendant une huitaine. Puis, subitement, il fut atteint d'une raucité de la voix et d'une gêne respiratoire si grande qu'on dut le trachéotomiser. M. Schaeffer vit le patient le lendemain, il constata une aphonie complète, un certain degré de paralysie du voile du palais, une tuméfaction considérable des fausses cordes vocales; celle de droite supportait en avant deux petits abcès jaunâtres. La tuméfaction des replis ary-épiglottiques n'expliquait pas suffisamment la dyspnée à laquelle avait été en proie le malade; vraisemblablement il y avait en outre une paralysie (aiguë) des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Le malade s'est rétabli. Pour l'auteur il s'est agi, dans ce cas, d'une laryngite aiguë avec formation de petits abcès, le tout symptomatique de l'infection grave occasionnée par l'attaque d'influenza.

Incidemment l'auteur a signalé les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du benzoate de soude (15 grammes pour 200 grammes d'eau), dans une soixantaine de cas d'influenza.

XXIX. — M. Uhthoff a observé trois cas de paralysie de l'accommodation, à début soudain, chez deux sujets qui venaient d'être atteints de l'influenza et chez un troisième qui relevait de cette maladie. Dans ce dernier cas, trois semaines se sont écoulées entre l'attaque d'influenza et l'apparition des troubles de la vue.

Chez les deux premiers malades, la paralysie de l'accommodation a frappé simultanément les deux yeux, chez le troisième elle s'est montrée d'abord à gauche, puis au bout d'une quinzaine seulement à droite. Dans les deux premiers cas, elle s'est dissipée au bout de quatre et cinq semaines: dans le troisième cas elle persistait encore au moment de la publication de ces faits. Chez le sujet de la seconde observation, elle a été intermittente. Chez le sujet de la troisième, elle s'accompagnait d'une paralysie du sphincter de la pupille; de plus on observait ces tressautements du spincter de l'iris, connus sous le nom d'hippus.

La première observation est particulièrement intéressante en ce que la paralysie de l'accommodation s'est compliquée d'une ophthalmoplégie externe à marche progressive, et de phénomènes de paralysie bulbaire (paralysie du voile du palais et des muscles du pharynx). Le malade a été vu par M. Oppenheim, qui a porté le diagnostic de polieucéphalite supérieure et inférieure aiguë, d'origine vraisemblablement infectieuse. Il s'est rétabli de ces accidents, mais une pleurésie consécutive à l'attaque d'influenza le retenait en dernier lieu à l'hôpital.

L'auteur a fait ressortir les analogies qui existent entre les troubles observés chez ses trois malades et les paralysies post-diphthéritiques.

XXX. — Indépendamment de la kératite dentritique, qui a été spécialement signalée par les médecins de Vienne, le professeur Everbusch a observé, en fait de complications oculaires de l'influenza, des troubles qui paraissaient être d'ordre nerveux. Les malades se plaignaient de douleurs qu'ils localisaient au pourtour des globes oculaires. Ces douleurs, continues et sourdes, s'atténuaient, se dissipaient même, pendant le sommeil et lorsque les yeux étaient tenus fermés; elles s'exaspéraient au contraire, pendant la lecture et l'écriture, au point d'obliger les malades à renoncer à ces exercices. Il s'agissait, selon toute vraisemblance, de douleurs myalgiques des muscles de l'œil, comparables aux douleurs musculaires d'autre siége, qu'on observe si fréquemment dans le cours de l'influenza.

XXXI. — Une première observation de M. Béla concerne une femme de 24 ans, qui fut prise subitement d'un frisson, d'une grande faiblesse, de douleurs dans les lombes, dans les épaules et dans les jambes. T. 39. Les conjonctives et le pharynx étaient hyperémiés; légère bronchite.

Le lendemain la malade éprouvait de violentes démangeaisons à la poitrine et aux avant-bras; dans ces régions on constatait l'existence d'une quarantaine de nodosités lenticulaires, rougeâtres, pâlissant sous la pression du doigt. T.39, 2. Le surlendemain la température était descendue à 38° 2. Quelques papules, que la malade avait entamées en se grattant, étaient en voie de suppuration; les autres avaient pâli.

Quatre jours plus tard, le mari de cette dame présentait également les symptômes de l'influenza. T. 39, 7. Le second jour de l'attaque, on constatait chez lui, sur la poitrine et les avant-bras, une éruption papuleuse analogue à celle qu'avait eue sa femme. Au bout de trois jours, l'exanthème a pâli, en même temps que tombait la fièvre.

Dans les deux cas, le médecin s'était abstenu de toute médication active.

XXXII. — M. Hawkins a observé à l'hôpital Saint-Thomas (de Londres), un millier de cas d'influenza, dont 7 se sont accompagnés d'une éruption qui présentait sensiblement le même aspect et la même topographie chez tous les malades. Cette éruption occupait les quatre membres et la partie antérieure du tronc. Elle était constituée par des taches arrondies, un peu proéminentes, d'un rouge bleuâtre, s'effaçant sous la pression du doigt.

Chez un autre malade, l'attaque d'influenza s'est compliquée d'une poussée d'urticaire. Enfin dans un grand nombre de cas, M. Hawkins a observé de l'herpès labial.

XXXIII. — Stintzing et Weitemeyer ont dressé une statistique qui comprend 405 cas d'influenza, observés avec soin dans l'un des hôpitaux de Munich. Eu égard à l'âge des malades, ces 405 cas se composent ainsi :

| | |
|---|---|
| Au-dessous de 18 ans | 2 0/0 |
| De 16 à 30 » | 60,1 0/0 |
| » 31 » 60 » | 34 0/0 |
| » 61 » 80 » | 39, 0/0 |

La durée de la maladie a été d'une semaine dans 29,5 0/0 des cas, de deux semaines dans 40,6 0/0 des cas, de trois semaines dans 19,7 0/0 des cas, de quatre semaines dans 6,9 0/0 des cas, de cinq semaines dans 3,3 0/0 des cas.

En fait de complications et de symptômes on a observé :

De la céphalalgie chez 338 malades ; une angine, chez 238 ; une bronchite, chez 230 ; de la toux seulement, chez 207 ; une conjonctivite, chez 189 ; des vomissements, chez 100 ; de la diarrhée, chez 35 ; de l'herpès, chez 34 ; des douleurs d'oreilles, chez 13. Enfin 17 malades ont présenté des troubles cardiaques caractérisés surtout par du ralentissement du pouls (jusqu'à 48), et que l'auteur rapporte à une névrose du nerf vague.

XXXIV. — M. Rabener (*Intern. Klin. Rundschau*, 1890, n° 4), a préconisé comme un remède souverain contre l'influenza, la créoline donnée à l'intérieur à la dose quotidienne de 1 gramme ; M. Illingworth (*Medic. Presse and Circular*, 15 janvier 1890) a vanté les bons effets d'une potion contenant de la liqueur de sesquichlorure de fer, de l'esprit d'éther nitreux, de la teinture d'opium, du vin d'ipécacuahna et de la glycérine. M. Milson (*The Lancet*, 1890, 11 janvier) dit avoir employé avec succès l'acide sulfureux en spray, ce serait un remède spécifique. Enfin M. Giowanni (*Observatore*, 25 janvier 1890) nous révèle dans la teinture de strophantus, le remède préventif par excellence de l'influenza.

E. RICKLIN.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

GUIDE MÉDICAL A L'EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889 A PARIS, par MARCEL BAUDOUIN, avec la collaboration de MM. P. ACHALME, G. CAPUS, P. KÉRAVAL, L. LAMOTTE, A. RAOULT, L. REGNIER et A. ROUSSELET, 1 vol. in-8° de près de 600 pages. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, et librairie Lecrosnier et Babé, 1889.

Le *Guide médical* à l'Exposition universelle de 1889 dont nous avons déjà parlé lors de l'apparition du 1er fascicule (1), est aujourd'hui complet. Les deux derniers fascicules n'ayant pu être donnés au public qu'après la clôture de l'Exposition, le titre de *Guide* semblera peu justifié. Et cependant le livre n'en sera pas moins utile. Car il présente l'ensemble des progrès accomplis dans l'outillage scientifique, dans l'arsenal thérapeutique, médical, chirurgical et obstétrical, dans la librairie médicale, dans le matériel de l'hygiène, etc., etc.

L'ouvrage de M. Marcel Baudouin et de ses collaborateurs devient donc un memento pour ceux qui ont visité l'Exposition et un répertoire pour ceux qui n'ont pu la voir ou ne l'ont qu'insuffisamment explorée.

Le 1er fascicule était consacré aux appareils de précision. Le 2e traite de tout ce qui a rapport à l'anatomie humaine ; pièces artificielles ou naturelles, dessins anatomiques ; puis des pièces d'anatomie vétérinaire, des pièces et dessins de zoologie médicale et d'anatomie comparée.

La thérapeutique médicale, la pharmacologie, la matière médicale y compris les Eaux minérales, viennent ensuite, formant la 3e partie de l'ouvrage.

Une 4e partie a pour titre : *Les microbes à l'Exposition.*

En face de la richesse de l'exposition des laboratoires français (Faculté de médecine de Paris, écoles vétérinaires, laboratoire de l'Institut agronomique, laboratoire de la ville de Paris, Collège de France, etc.) nous regrettons que dans les pays étrangers on n'ait eu à s'occuper que du Danemarck et de la Norwège.

La 5e partie est bien plus importante : elle a trait à l'*Hygiène et à l'Assistance publique.*

Le 3e fascicule comprend d'abord l'Exposition des sciences se rattachant à la médecine : Sciences anthropologiques et d'ethnographie ; puis vient le chapitre des *Arts libéraux* qui ont rapport à la médecine (librairie médicale, photographie et ses applications aux sciences biologiques et aux recherches scientifiques).

Enfin, dans une dernière division on jette un coup d'œil sur les Beaux-Arts au point de vue médical, avant de terminer par des renseignements sur le fonctionnement médical de l'Exposition (qu'il s'agisse de l'organisation et des résultats du service médical ou des Congrès scientifiques que la période de l'Exposition a vu se produire et a favorisés ; ou encore d'indications sur les Commissions ou jurys des classes, se rapportant aux sciences biologiques et sur les récompenses décernées aux exposants, ou enfin des conférences et visites médicales faites à l'Exposition.

Ce livre important présente en outre un appendice où nous trouvons une bibliographie médicale de l'Exposition (livres et articles de journaux).

On le voit, si ce ne peut être un vade-mecum du visiteur, c'est un véritable compendium résumant et analysant tout ce qui a pu intéresser le médecin dans cet étalage international que M. Marcel Baudouin et ses collaborateurs ont eu le mérite de produire.

Pour faire connaître l'intérêt d'un tel travail il nous paraît suffisant d'en avoir indiqué les grandes divisions. Mais pour compléter l'éloge que mérite une pareille entreprise, nous ajouterons que les diverses parties ont été traitées consciencieusement et avec compétence. C'est donc là un livre utile et qui sera toujours bon à consulter.

Dr P. FABRE (de Commentry).

ETUDE EXPÉRIMENTALE DU MODE D'ACTION DE L'ÉLECTROLYSE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES, par P. LAFAYE. (Thèse de la Faculté de médecine de Bordeaux, 1889.)

Les deux questions que l'auteur a eu principalement pour but d'étudier dans ce travail, sont le mode d'action et la technique de l'électrolyse.

(1) Voir la *Gazette médicale* du 26 octobre 1889, p. 512.

Après avoir résumé l'anatomie pathologique et les divers modes de traitement des angiomes, M. Lafaye donne le résultat d'un grand nombre d'expériences faites avec des aiguilles en platine reliées à un appareil à courants continus, agissant sur des solutions d'albumine, du sérum, du sang défibriné :

« Le passage d'un courant de 30 à 60 mille ampères au milieu d'un liquide contenant des albumines en dissolution a pour résultat la coagulation de ces albumines.

« L'électrolyse faite au moyen d'aiguilles en platine dans l'albumine de l'œuf, donne lieu à la formation d'un coagulum autour de chaque électrode. Le caillot négatif est beaucoup plus gros, plus solide et plus complet que le caillot positif. Dans le sérum et le sang défibriné, l'électrolyse, avec les mêmes aiguilles en platine, donne des résultats absolument différents. Autour de l'aiguille positive, il se forme un caillot moins gros que le caillot négatif dans l'albumine pure, mais beaucoup plus solide et résistant. Au pôle négatif, il n'y a pas de coagulum, mais seulement une mousse aérée.

« Les aiguilles en fer donnent, dans ce même sang défibriné, un caillot positif beaucoup plus petit que le caillot de l'aiguille en platine.

« C'est à la présence du sulfate de soude qu'il faut attribuer tous les changements qui se sont opérés à l'avantage du caillot positif et au détriment du caillot négatif. Le sang se comporte en présence du courant autrement que l'albumine parce qu'il contient plus de sels. »

Ces expériences avec des solutions d'albumine sont en contradiction avec celles de Prévost et Dumas, de Borel et Weiss, mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, elles ont un intérêt purement théorique, et il est inutile d'insister. M. Lafaye a omis de citer les expériences sur ce sujet de Fraser, John Duncan, Laurent Robin.

Les expériences, plus pratiques, de la seconde série, faites sur le sérum et le sang défibriné, concordent avec les résultats signalés par les auteurs. M. Lafaye, avec des courants de 30 à 60 mille ampères, n'a vu, autour du pôle négatif, que des bulles de gaz.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas fait d'expériences directes *sur le sang contenu dans des vaisseaux*. Il aurait pu tout au moins citer les expériences de quelques auteurs sur ce point, Drouin, Strambio, et surtout celles très précises de Laurent Robin et de Tessier. Il aurait vu que le caillot formé au pôle positif acide est petit, mais très résistant et adhérent aux parois; celui formé, au contraire, au pôle négatif est mou, diffluent et sans adhérence aux parois des vaisseaux. Nous avons pu nous assurer, par de nombreuses expériences, de la réalité de ces faits si importants dans l'étude de l'électrolyse appliquée au traitement des angiomes. Sur quelles expériences s'appuie M. Lafaye pour prétendre que le caillot négatif n'est pas mou et friable? « On sent, dit-il, très facilement par le toucher, à travers les téguments, que le caillot est aussi ferme et aussi résistant que le caillot positif. L'un et l'autre sont, dans leur grande partie, dus à l'inflammation interstitielle. »

Une conclusion aussi importante en raison des conséquences thérapeutiques, devrait s'appuyer sur des expériences précises et non sur les résultats de sensations au toucher, toujours trompeuses. Les expériences faites sur ce sujet contredisent les assertions de M. Lafaye.

C'est aussi parce que nous nous appuyons sur des résultats expérimentaux précis et aujourd'hui généralement admis, que, contrairement à l'auteur, nous admettons que l'électrolyse a une action prépondérante et capitale par la coagulation du sang qu'elle produit et non par l'inflammation interstitielle qui, à notre avis, n'a qu'un rôle secondaire.

Nous insistons sur ces faits, parce qu'ils ont une importance capitale pour la technique de l'électrolyse. M. Lafaye, pensant, en effet, que les caillots négatifs et positifs ont à peu près les mêmes propriétés, que l'électrolyse agit par la cautérisation potentielle, *recommande l'électro-puncture avec les deux aiguilles*. C'est là nous ramener à une pratique ancienne pleine d'inconvénients, qu'ont repoussée la plupart des électriciens. La guérison s'obtient vite et sans accidents avec la piqûre avec des aiguilles positives; pour ne citer, au contraire, que quelques inconvénients, l'électro-puncture négative donne des eschares et des cicatrices consécutives très apparentes, malgré toutes les précautions recommandées par M. Lafaye; une longue pratique nous a démontré la réalité du fait.

Dans son chapitre technique opératoire, l'auteur indique les appareils à employer, le manuel opératoire, il termine par les indications et les avantages de l'électrolyse. Ces deux derniers chapitres ne contiennent que des faits aujourd'hui bien connus.

P. Redard.

## TRAVAUX SUR LA PLEURÉSIE.

### Contribution a l'étude des pleurésies métapneumoniques et plus particulièrement de leur variété séro-fibrineuse. par M. Cl. Chesseret.

La pleurésie séro-fibrineuse, qui accompagne la pneumonie dans un cinquième des cas environ et qui ne peut guère être reconnue si l'épanchement est inférieur à 500 grammes chez l'adulte ou à 200 grammes chez l'enfant, s'observe plus fréquemment dans les pneumonies de la base ou de la partie moyenne que dans celles du sommet. Cette pleurésie métapneumonique, lorsqu'elle est concomitante, c'est-à-dire lorsqu'elle apparaît vers le quatrième ou cinquième jour, influence rarement l'évolution de la pneumonie, et parmi les signes qui lui sont propres il n'y a guère que la production d'une égophonie nette et parfois le déplacement de certains organes, ou enfin les résultats d'une ponction exploratrice qui puissent assurer le diagnostic. L'auteur fait entrer dans le cadre de ces pleurésies métapneumonique concomitantes la *fluxion de poitrine*, caractérisée par l'affection simultanée des bronches, du poumon, de la plèvre, et des muscles intercostaux, c'est-à-dire de tous les plans superposés de la poitrine.

Les affections métapneumoniques consécutives, survenant au déclin de la pneumonie, évoluent pour leur propre compte à la façon des pleurésies franches et aboutissent généralement à la résolution, sans rien présenter de spécial, lorsqu'elles sont séro-fibrineuses. Mais elles peuvent aussi se transformer en empyème (le pneumocoque, non pyogène dans le poumon, devenant facilement pyogène dans les séreuses). Cet empyème, dont la résorption est possible, a abouti à la production d'une fistule pleuro-bronchique, puis à la guérison dans un quart des cas. Les fistules pleuro-cutanées sont plus rares. La mort, qui survient dans 15 °/ₒ de ces empyèmes environ, est due plus rarement à l'infection pneumococcique qu'à d'autres infections surajoutées ou à des complications diverses telles que l'embolie, la tuberculose etc.

Le fait que l'empyème métapneumonique s'observe par séries, porte à croire que les cas de pleurésies métapneumoniques séro-fibrineuses correspondent à des conditions, d'ailleurs encore indéterminées, où la virulence du pneumocoque se trouve amoindrie.

Des lésions costales liées a la pleurésie purulente chez l'enfant, par M. D. Bauby.

Dans cette étude, qui renferme les observations de sept malades âgés de quatre à huit ans, l'auteur recherche d'abord comment la pleurésie purulente donne lieu aux abcès de la paroi thoracique et aux altérations osseusés des côtes. Après avoir fait ressortir la lumière fournie à cet égard par les notions bactériologiques, il montre que les lésions costales sont moins fréquentes dans la pleurésie à pneumocoques que dans les pleurésies à streptocoques et à staphylocoques ou dans les pyothorax des maladies éruptives, ou enfin dans les pleurésies tuberculeuses, en raison de leur marche lente et de la tendance des microbes correspondants à propager leur action à distance.

Les lésions peuvent se produire, soit de dedans en dehors, par un processus ulcératif s'avançant du feuillet pariétal de la plèvre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané et venant baigner le périoste dans les produits de la suppuration, soit dans un ordre différent. — Dans le premier cas, la tension produite par l'épanchement purulent facilite le travail ulcératif que provoque la présence des microbes dans le feuillet pariétal de la plèvre : puis le décollement du feuillet pariétal perforé détermine la formation des abcès sous-pleuraux ; la perforation de l'espace intercostal est ensuite facilitée par le passage des microbes suivant ordinairement les tractus conjonctifs interfasciculaires, en même temps que par la dégénérescence granulo-graisseuse des muscles et par la tension mécanique s'exerçant à la partie antérieure des espaces intercostaux, où le muscle intercostal externe cesse, principalement au niveau du cinquième espace où les fausses membranes font plus souvent défaut qu'à la base, ce qui explique en ce point le siège d'élection des abcès sous-cutanés ; ceux-ci résultent, en effet, de l'envahissement de la couche graisseuse par le pus qui communique avec l'épanchement pleural et qui forme ainsi sous la peau une collection réductible, dont l'ouverture au dehors donne alors évacuation au pus profond. Les liquides pathologiques, dès lors, continuellement en contact avec les côtes, y produisent, soit une ostéopériostite hyperplasique, pouvant amener la soudure des côtes ; soit une ostéopériostite suppurée non tuberculeuse, soit une périostite tuberculeuse, tendant à rester localisée et à évoluer lentement ; soit enfin, une ostéite tuberculeuse se présentant sous la forme des tubercules osseux circonscrits ou sous la forme des lésions plus diffuses de l'ostéite raréfiante.

Mais les lésions peuvent s'établir aussi dans un ordre tout différent, par le fait de la migration des microbes à travers diverses couches de tissus sains : cette migration peut en effet produire directement, soit un abcès sous-pleural, soit un abcès superficiel (non réductible, à ce moment), soit même un abcès osseux ; et dans ces cas la communication ne se fait qu'ultérieurement entre ces suppurations localisées et le pus de l'épanchement pleural.

Les conditions qui favorisent la production des lésions costales chez l'enfant sont : la fréquence relative de la pleurésie purulente chronique à cet âge et la difficulté d'un diagnostic nécessaire à l'intervention dans les délais opportuns, l'irritabilité des tissus soumis à un travail de nutrition particulièrement actif et la richesse du système lymphatique favorable à la migration des microbes, enfin la débilitation générale qu'entraîne chez l'enfant le défaut d'activité fonctionnel auquel le condamne la pleurésie purulente chronique.

Le diagnostic est souvent fort difficile, non seulement lorsqu'il n'y a pas d'abcès superficiel, mais encore dans les cas où l'abcès superficiel n'est pas réductible et n'est pas animé de mouvements pulsatiles par le fait de sa situation dans la région précordiale. Toutefois, la ponction exploratrice peut fournir, dans ces cas, d'utiles renseignements. Même lorsqu'il existe une fistule ancienne, il faut compter avec les abcès ossifluents du rachis qui pourraient induire en erreur. Quant au diagnostic de la nature des lésions osseuses, il ne peut guère se poser qu'au cours de l'opération. Celle-ci, lorsqu'on n'aura pu prévenir la production des altérations de la paroi thoracique, devra être pratiquée le plus tôt possible et ne ménager aucun des tissus morbides ; il faut supprimer entièrement les lésions osseuses qui entretiennent la suppuration, et l'auteur pense qu'il vaut mieux, en pareil cas, enlever trop que pas assez.

Contribution a l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée, par M. G. Pailhas.

Le sujet de ce travail est l'observation d'un malade, sans tares personnelles ou héréditaires, qui, après avoir été soigné en novembre 1887 pour une pleurésie, a présenté au bout d'un certain temps, entre autres symptômes de pleurésie interlobaire, des vomiques sans crachements de sang, puis en juillet 1888 d'abondantes hémoptysies, et qui, à la suite de la pneumotomie, pratiquée le 9 janvier 1889 par M. Segond, a quitté l'hôpital, entièrement guéri, à la fin du mois de février. — Bien que l'examen des crachats y ait décélé la présence de quelques bacilles tuberculeux, le 16 décembre 1888, M. Pailhas croit pouvoir se baser sur le résultat négatif de l'examen bactériologique du liquide fourni par une ponction et sur l'absence de bacilles dans les crachats précédemment examinés, pour établir que les bacilles de Koch, ne se sont installés chez ce malade que secondairement durant la période de débilitation générale en relation avec la fistules pleuro-bronchique.

A l'exception de la vomique, qui généralement donne l'alarme aux praticiens, la symptomatologie de l'affection n'offre aucun signe assez caractéristique pour permettre d'établir le diagnostic autrement que par exclusion, après avoir éliminé notamment la dilatation des bronches, la pneumonie, la tuberculose, les abcès du poumon, la gangrène, les kystes hydatiques, etc.

Cependant, il est d'autant plus nécessaire de diagnostiquer la lésion d'une manière précise, que le traitement chirurgical, à défaut d'une efficacité suffisante des traitements médicaux, a donné, dans les trois cas opérés jusqu'ici, des résultats excellents. Il est donc indispensable de recourir aux ponctions exploratrices profondes, et, c'est seulement après avoir obtenu ainsi un renseignement positif, que le diagnostic se trouvé assuré et que l'intervention est possible. Indiquée, si au bout de quelques semaines une guérison spontanée ne paraît pas s'établir, l'opération doit être entreprise alors même qu'une tuberculose accidentelle est venue se greffer sur la cachexie commençante, car elle offre seule quelques chances, en supprimant la cause première du mal, d'enrayer l'affection secondaire.

Au lieu d'élection, déterminé par la situation des scissures interlobaires, c'est-à-dire au niveau de la septième côte, on fera une incision dont la longueur mesurera 11 centimètres environ et dont le milieu correspondra à la ligne axillaire, et, après avoir détaché le périoste sur une étendue de 8 à 9 centimètres, on sectionnera la côte. Si, une fois la côte réséquée, l'aiguille exploratrice n'oscille pas sous l'influence des mouvements respiratoires faisant glisser les deux feuillets de la plèvre l'un sur l'autre on profitera des adhérences pleurales, dont la présence est révélée par l'absence de dépla-

cement du poumon, pour ouvrir d'un coup de bistouri les deux plèvres et pour pénétrer à travers le poumon, à l'aide du thermo-cautère, jusqu'à la cavité interlobaire qu'on explorera avec le doigt pendant son évacuation. Si les adhérences pleurales font défaut, on attirera le poumon, avant de l'ouvrir, sur les bords de la plaie thoracique, où on le maintiendra à l'aide de pinces ou de fils d'argent, et on fera immédiatement l'évacuation de la cavité purulente. Dans les deux cas on pratiquera le drainage au moyen de deux tubes en caoutchouc fixés chacun à une extrémité de la plaie et maintenus en place à l'aide de tampons antiseptiques et d'une grande épingle anglaise placée perpendiculairement à la plaie. A en juger par les résultats notés jusqu'ici, la guérison complète, après les soins consécutifs habituels, ne semble pas demander plus d'un mois à six semaines.

Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur séméiologique, par M. J. A. Hue.

Dans cette étude très détaillée, qui pourrait être à divers égards l'occasion de discussions intéressantes, mais ne se prête nullement à une analyse, M. Hue établit : qu'aucun des signes classiques de l'épanchement pleural ne peut être considéré comme pathognomonique, ces signes pouvant se rencontrer en l'absence de tout épanchement ; que certaines pleurésies présentent des signes qui se rencontrent communément dans des affections différentes et qui peuvent être tantôt surajoutés, tantôt substitués aux signes habituels de la pleurésie ; que le signe caractéristique de l'existence de l'épanchement pleural est l'apparition d'un liquide dénué de crochets dans le corps de la seringue, et que les déplacements de la matité, malheureusement quelquefois impossibles à constater, peuvent avoir une grande valeur.

Passant en revue successivement chacun des signes classiques de la pleurésie, l'auteur recherche le mécanisme de leur production et montre, en s'appuyant sur un grand nombre d'observations, les erreurs de diagnostic que leur constatation peut provoquer de la part des médecins les plus experts dans la pratique de la palpation, de la percussion, et de l'auscultation. Cet examen critique des signes physiques de la pleurésie, qui fait ressortir en mainte occasion l'importance de l'observation corrélative des symptômes généraux de la maladie, ainsi que de son évolution, sera certainement lu et médité avec profit, sinon par les débutants, du moins par tous ceux qui, déjà plus familiarisés avec les procédés d'investigation précités, ont intérêt à bien connaître la valeur des sièges physiques observés, les conditions de leur apparition, et les limites dans lesquelles peut varier rationnellement l'interprétation des phénomènes en question les plus nettement caractérisés.

## BULLETIN

Le poison cholérique. — Les excitants neuro-musculaires. — Fréquence du rein mobile. — Septième réunion de la Société italienne de chirurgie.

Les recherches communiquées mardi dernier à l'Académie de médecine, par M. Lesage, sur le microbe du choléra infantile et la substance toxique que ce microbe produit, présentent un grand intérêt, d'abord au point de vue du fait expérimental en lui-même, ensuite au point de vue de la pathologie générale.

L'intestin des enfants atteints de choléra infantile contient un microbe qui se présente sous la forme d'un bacille.

Ce bacille, de même que le bacille virgule du choléra asiatique, reproduit chez certains animaux le choléra expérimental.

Des bouillons de culture du même bacille, on extrait une substance toxique qui, injectée à un animal, un cobaye, par exemple, agit comme la toxine produite par le bacille virgule, et donne lieu aux symptômes et aux lésions du choléra expérimental.

La substance toxique se retrouve dans le rein, dans le foie, dans les muscles des animaux inoculés et peut servir à de nouvelles inoculations. On sait que M. Bouchard a produit de même le choléra expérimental en injectant des urines d'un cholérique dans les veines d'un lapin.

En un mot, bien que le bacille du choléra infantile et le bacille virgule du choléra asiatique soient morphologiquement distincts, la substance toxique qu'ils sécrètent paraît identique et produit expérimentalement les mêmes effets. Ce n'est certainement pas là un cas particulier, un cas isolé, et il n'est pas besoin d'insister pour en montrer l'importance au point de vue de la bactériologie et de la pathogénie des maladies infectieuses.

— On a quelque peine à comprendre l'indifférence à contrôler scientifiquement et à utiliser dans la pratique l'action de certaines substances, dont une longue expérience populaire a démontré les bons effets. Cette remarque peut s'appliquer, entre autres, aux excitants neuro-musculaires, sur lesquels MM. Sée, Lapicque et Heckel viennent d'appeler l'attention. Tout le monde sait depuis longtemps, d'après les récits des voyageurs, que certaines plantes de l'ancien et du nouveau continent, le thé et le café en Asie, la noix de kola en Afrique, la coca, le maté en Amérique, ont des propriétés stimulantes que les Indiens ou indigènes de ces pays utilisent pour accomplir de pénibles travaux, entreprendre de longues marches, supporter, en un mot, de lourdes fatigues, parfois avec une alimentation tout à fait insuffisante. Or, ce n'est que tout récemment qu'on a songé à étudier de plus près les propriétés de ces plantes, ou plutôt des alcaloïdes ou principes immédiats qu'elles renferment, et à en faire bénéficier les personnes devant suffire à un grand travail. Pendant que les physiologistes, à l'exemple de M. Sée pour la caféine, étudient le mode d'action de ces substances, et que les chimistes, comme M. Heckel pour la noix de kola, cherchent à déterminer et à isoler les principes actifs des précieuses plantes, l'expérience pratique se poursuit, d'un côté parmi les alpinistes, de l'autre dans l'armée. Ici, comme l'a fait remarquer avec raison M. Colin, on est obligé de procéder avec méthode, et, sous ce rapport, un principe défini tel qu'un alcaloïde, aura toujours la préférence sur un produit variable, comme la poudre de kola. Quoi qu'il en soit, il importe que de semblables recherches et expériences se multiplient et que l'Europe civilisée, en présence des avantages qu'on peut retirer de telle ou telle substance, ne reste pas en arrière des populations primitives des deux continents.

— La fréquence du rein mobile est plus grande qu'on ne croit généralement. Parmi les femmes neurasthéniques que nous avons chaque année à traiter à Néris, beaucoup présentent, à des degrés variables, de la néphroptose. Il nous serait difficile d'établir au juste une proportion ; nous comblerons un peu plus tard cette lacune. En attendant, nous trouvons, dans une discussion dont l'entéroptose et la néphroptose ont été l'objet devant la Société de médecine de Berlin, quelques chiffres qui démontrent notre proposition.

Tout d'abord M. Ewald, dont une communication a été l'origine du débat, dit avoir relevé, en huit mois, à la policlinique de l'hôpital Augusta, 100 cas de rein mobile sur 5,000 malades, soit une proportion de 1 sur 50.

Ces chiffres, que l'auteur a énergiquement défendus, ont soulevé quelques objections. Cependant, parmi ceux qui ont refusé de les admettre, M. Senator déclare avoir constaté 7 fois la néphroptose sur 700 femmes examinées par lui à la Charité. Cela fait déjà une proportion de 1 sur 100.

M. Litten, qui croit, comme M. Ewald, à la fréquence du rein mobile, cite une thèse récente qui donne une proportion de 17 pour 100.

Dans une leçon clinique récemment publiée, M. Terrillon dit avoir observé, durant une période qu'il ne précise pas, mais qui paraît devoir être restreinte, une quinzaine de femmes atteintes d'ectopie rénale.

En faisant la part des séries accidentelles que chaque observateur est exposé à rencontrer, on n'en voit pas moins, par ces chiffres, combien la néphroptose est commune. Il importe de le savoir, d'abord pour rechercher avec soin le déplacement du rein, ensuite pour étudier les rapports qui existent entre ce déplacement d'une part et, de l'autre, certaines lésions ou troubles fonctionnels qui l'accompagnent habituellement : dilatation de l'estomac, entéroptose, congestion hépatique, dyspepsie, névralgies, neurasthénie, etc.

—La Société italienne de chirurgie vient de tenir sa septième réunion à Florence. A en juger par les principales communications et les discussions qui les ont suivies, les chirurgiens d'au-delà les Alpes suivent le même courant que les chirurgiens français.

Tout d'abord l'antisepsie ne cesse d'être leur première préoccupation et, dans le débat qui a eu lieu à ce sujet, ils se sont efforcés de rechercher les méthodes et les procédés propres à donner les résultats les plus certains.

Sur un second plan, la laparotomie ne pouvait manquer de fixer leur attention.

La taille hypogastrique, qui jouit des préférences de plusieurs d'entre eux, a été l'objet d'une discussion des plus intéressantes. Le professeur Corradi semble avoir exprimé l'opinion moyenne en disant que cette opération doit être placée aujourd'hui au même rang que la taille périnéale et la lithotritie rapide. C'est au chirurgien de choisir celle de ces trois opérations qui convient le mieux à chaque cas particulier.

L'origine microbienne du tétanos a trouvé en M. Tizzoni (de Bologne) un partisan convaincu.

M. Durante a communiqué une statistique intéressante de sept résections de l'intestin suivies d'autant de succès. Quatre de ces opérations ont été pratiquées pour des hernies étranglées, deux pour une affection tuberculeuse du côlon ascendant, une pour un sarcome secondaire de la même partie de l'intestin.

Notons encore deux cas de trépanation pour épilepsie jacksonnienne suivis de guérison et communiqués par M. Lampiasi.

La prochaine réunion de la Société se tiendra à Rome, en 1891.

Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

HOPITAUX. — Le Conseil municipal a voté la démolition des immeubles contigus à l'hôpital Trousseau, pour que, sur ces terrains, l'Assistance publique élève des pavillons d'isolement pour la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, et aussi un pavillon pour la consultation externe.

— Dans la même séance le Conseil municipal a voté l'acquisition d'un terrain de 23,170 mètres pour l'établissement de l'hôpital Boucicaut.

— Un relevé fait par la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques constate que la mortalité des enfants des enfants en bas-âge en France est inférieure à celle des autres pays, à l'exception de la Suède et de l'Angleterre. Dans ces deux contrées, le chiffre de la mortalité est de 154 et 157 pour mille ; en France, il est de 169, en Italie de 220, en Autriche de 258. Quant à l'Allemagne, si en Prusse on trouve 217 décès seulement, en Bavière on en compte 317, en Wurtemberg 329 et dans la Souabe jusqu'à 400 pour 1.000.

MONUMENT RICORD. — Les élèves et amis du Dr Philippe Ricord ont formé le projet d'élever un monument à sa mémoire.

Répondant à ce désir, un Comité s'est chargé d'en assurer la réalisation. Ce Comité, ayant pour président M. le professeur A. Fournier et pour secrétaire M. le Dr Horteloup, comprend, parmi ses membres : MM. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Alexandre Dumas, de l'Académie française. — Gérome, membre de l'Institut. — Dr H. Roger, président de l'Association des médecins de France. — Professeur A. Hardy, membre de l'Académie de médecine. — Dr Le Dentu, président de la Société de chirurgie. — Dr Diday, de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Dr Doyon, d'Uriage, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Dr Péan, membre de l'Académie de médecine. — Dr Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — Dr Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — Peyron, directeur de l'administration de l'Assistance publique. — Dr Rochard, membre de l'Académie de médecine. — Boswiel, ancien avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. — Baron Haussmann, membre de l'Institut. — A. Gouzien, ancien secrétaire général des ambulances de la Presse. — Ritt, directeur de l'Opéra. — A. Meyer, directeur du *Gaulois*. — John Lemoinne, de l'Académie française. — Baragnon, directeur du *Courrier du Soir*. — Dr Pignot, secrétaire adjoint du Comité de souscription. — Lavoignat, notaire à Paris, trésorier.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur agrégé Segond est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

***

*Ecole de médecine d'Angers.* — M. le Dr Charier, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

*Ecole de médecine de Dijon.* — Un congé est accordé, sur sa

demande et pour raisons de santé, jusqu'à la fin d'octobre 1890, à M. le Dr Fleurot, professeur de pathologie chirurgicale.

M. le Dr Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie chirurgicale.

***

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 26 mars 1890, l'ouverture du concours, fixée au 3 avril 1870, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléent de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est ajournée au 17 du même mois.

***

*La lèpre en Nouvelle-Calédonie.* — Une épidémie de lèpre sévit depuis deux ans en Nouvelle-Calédonie et fait d'assez grands ravages dans la population canaque. Des léproseries existent et toutes les mesures sont prises pour éloigner les malades. Aucun Européen ne paraît encore avoir été atteint par le fléau.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

M. le Dr Ph. Tissié, de Bordeaux, publie dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* de l'éditeur Félix Alcan, sous le titre : les Rêves, *physiologie et pathologie*, un très intéressant volume dans lequel il étudie la *formation des rêves* dans les sommeils naturel, maladif et hypnotique. Il établit l'influence du rêve sur l'idéation et sur les actes accomplis à l'état de sommeil et à l'état de veille; puis il montre le rapport intime qui existe entre le sommeil et les rêves, les hallucinations, le dédoublement de la personnalité, l'auto-suggestion, la suggestion et le rappel des mémoires.

Il y a quelques années, l'auteur s'est trouvé en présence d'un sujet atteint de somnambulisme diurne, et l'a signalé dans son livre les *Aliénés voyageurs*. A la suite d'un rêve fait pendant la nuit, ce jeune homme abandonnait le lendemain sa famille et ses intérêts, et partait de chez lui enveloppé dans son rêve, marchant à l'aventure pendant des mois entiers. Le rêve actif ou non, étant le caractère dominant de l'état maladif de ce jeune homme, M. Tissié a été conduit à faire l'étude de cette manifestation intellectuelle et il l'a faite complète, recueillant de nombreuses observations autour de lui, et en faisant sur lui-même.

Le travail de M. Tissié s'adresse également au légiste, au psychologue et au médecin; une préface de M. le professeur Azam présente son livre comme un de ceux qui feront avancer la science, grâce aux conséquences hardies que l'auteur tire de ses observations, grâce à la méthode qu'il a suivie, appuyant les études de la psychologie sur celle des troubles cérébraux, méthode qui a donné déjà de si beaux résultats à M. Ribot dans ses livres sur les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité. (1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 2 fr. 50.)

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## PATHOLOGIE MENTALE

### Les régicides dans l'histoire et dans le présent.

Etude médico-psychologiques.

par le Dr Emmanuel Régis (1).

*Délire mystique.* — Les régicides sont des mal-équilibrés, intelligents pour la plupart, mais d'une volonté faible et d'une instabilité maladive, qui mènent l'existence la plus décousue et la plus incohérente jusqu'au jour où leur tempérament mystique leur fait épouser avec ardeur la querelle politique ou religieuse que l'occasion fait surgir. Alors ils s'exaltent et ils en arrivent, par une initiation plus ou moins longue, à transformer des idées de parti en idées véritablement délirantes. C'est pourquoi le délire des régicides est un délire essentiellement mystique, soit religieux, soit à la fois religieux et politique, soit enfin, mais dans des cas plus rares, exclusivement politique, suivant leur caractère et le milieu ambiant.

Dans sa forme habituelle, ce délire se traduit par la croyance à une *mission à remplir*, mission inspirée de Dieu le plus souvent, et devant être couronnée par le martyre. D'autres conceptions morbides s'y peuvent joindre, comme chez Jean Châtel, où l'on trouve en même temps des idées de culpabilité, de sacrilège et de damnation, ou comme chez Aubertin, qui, fusionnant ses griefs personnels avec ceux de l'Etat, dresse une liste commune d'ennemis qu'il voue à sa justice sommaire et qu'il tire au sort dans son chapeau. Mais l'idée mère chez les régicides, la seule qui existe lorqu'on n'en trouve qu'une, c'est l'idée de mission glorieuse à accomplir. Que le sujet soit plus ou moins atteint, qu'il s'approche de l'état normal, comme Charlotte Corday, ou de la folie, comme Jacques Clément et Ravaillac, partout et toujours c'est le même mobile d'action que l'on retrouve, à peu près avec les mêmes caractères. Poltrot tue le duc de Guise pour ôter de ce monde un ennemi juré du Saint Evangile : « pour lequel acte il aurait paradis et s'en irait avec les bienheureux, s'il mourait pour une cause aussi juste ». Balthazar Gérard se dit athlète généreux de l'Eglise romaine ; son meurtre lui a acquis le ciel d'où il priera Dieu pour tous. Pierre Barrière avait voulu faire une action méritoire devant Dieu et, sachant que deux prêtres étaient partis de Lyon pour semblable entreprise, les avait devancés pour en avoir l'honneur, sachant que son âme s'envolerait au ciel portée par les anges. Jean Châtel, craignant d'être damné pour ses fautes, avait résolu de tuer le roi pour faire un acte utile à Dieu et à la religion : « car ayant opinion d'estre oublié de Dieu et estant assuré d'estre damné, il aimait mieux que ce fust in *quatuor* que in *octo* ». Charles Ridicoux, dit d'Avènes, déclare que, pensant faire un sacrifice agréable

(1) Extrait d'une brochure de notre collaborateur qui doit incessamment paraître chez Storck et Masson (Bibliothèque de Criminologie).

## FEUILLETON

### L'Hospitalisation des enfants a Londres et les hopitaux dispensaires.

(*Suite*) (1)

L'aspect extérieur des hôpitaux d'enfants n'a rien de remarquable, quelquefois ils sont installés dans des constructions bien appropriées, mais sans aucun luxe architectural, comme *Evelina Hospital, Victoria, ou Hospital for sick Children.*

Les terrains ambiants sont peu spacieux ; de petites cours ou des jardinets sont interposés entre les bâtiments ; du reste, on ne conserve pas les enfants convalescents ; ils sont envoyés à la campagne dans des cottages dépendant de la maison.

Il est des hôpitaux, comme Saint-Gabriel, Paddington, aménagés dans des maisons à trois étages qui n'ont pas été construites pour cette destination.

Les salles les plus grandes ne renferment pas plus de vingt lits ou berceaux bien espacés ; les plus petites ne contiennent que de cinq à dix lits.

Ces salles sont toujours élevées de plafond, claires et bien ventilées.

Comme les Anglais ont bien compris tout ce que le séjour de l'hôpital devait avoir de morne et d'attristant pour le jeune âge, ils ont essayé d'y parer dans une certaine mesure, en décorant les murs de tableaux et de lithographies propres à récréer la vue, en accumulant au milieu des pièces les fleurs, les plantes vertes, les grands jouets que les petits malades aperçoivent de leur lit. Le spectacle offert par des enfants vêtus d'une casaque rouge au milieu de cette verdure et de ces jouets qu'ils manœuvrent, est bien différent de l'aspect désolé de nos grandes salles de l'hôpital Trousseau et des Enfants malades.

Axenfeld a dit dans un beau langage : « Gardons-nous de croire qu'il n'y ait pas de malades que la nostalgie, la tristesse, la terreur même n'assiègent dans ce séjour nouveau peuplé d'infortunes, et

(1) Voir les numéros 14 et 15.

à Dieu, il ne souhaitait rien tant que de trouver les moyens et l'occasion de mourir lui-même en ôtant la vie à celui qui avait usurpé contre les lois et la justice le nom de roi dans le royaume. Ravaillac tue Henri IV parce qu'il compte mourir martyr s'il immole celui qu'il considère comme l'ennemi juré de l'Église, Aimée Cécile Renault se croit appelée à donner sa vie pour le retour du roi. Charlotte Corday, qui est déiste, aspire à mourir en Romaine, en sauvant la République : « Ceux qui me regretteront, dit-elle, se réjouiront de me voir dans les Champs-Elysées avec les Brutus et quelques anciens, car les modernes ne me tentent pas ; ils sont si vils! il est peu de vrais patriotes qui sachent mourir pour leur pays ; ils sont presque tous égoïstes ». Staaps se croyait choisi de Dieu pour délivrer l'Allemagne et mourir pour elle. La pensée du sacrifice le domine comme une loi fatale qu'on ne doit pas discuter. « Je sais, disait-il, que je subirai des tortures et je suis préparé d'avance, mais la mort y mettra un terme et me vaudra, au sein de Dieu, une récompense proportionnée à mon sacrifice. » La Sahla, ne songeant qu'à sa sainte entreprise, s'offrait aux illuminés comme l'instrument de la justice divine. « Henri IV, disait-il, a été manqué dix-sept fois et n'a succombé qu'à la dix-huitième tentative. Bonaparte n'a été manqué que trois ou quatre fois, et peut-être ne réussira-t-on qu'à la cinquantième, parce qu'il a une police plus forte. Eh bien! Je suis une de ces combinaisons qui doivent manquer ; mais ma mort avance d'un degré la chance fatale pour notre ennemi. Je suis maladif, faible, je ne dois pas vivre longtemps ; je puis attacher mon nom à ce grand fait d'histoire en sacrifiant un petit nombre d'années malheureuses ». Karl Sand se comparait à Jésus-Christ en donnant son sang pour sa patrie. Guiteau était tellement convaincu qu'il avait agi sous l'influence d'une inspiration céleste, qu'il attribuait son acte à Dieu, et posait le problème en ces termes : « Toute la question est de savoir qui a tiré le coup? Est-ce la divinité? Est-ce moi? » (Folsom, loc. cit.). Hillairaud, enfin, avait l'intime conviction d'être désigné par la justice divine. « C'est, dit Escuder, un don Quichotte français, sentant en sa conscience le mandat impératif de Dieu qui lui commande de venger sa patrie; aussi jure-t-il devant la statue de la Justice d'accomplir sa mission sacrée (1) ».

D'une façon générale, le mysticisme des régicides ne constitue pas une véritable entité pathologique à base fictive et imaginaire et à trame plus ou moins complexe, aboutissant par étapes à la transformation de la personnalité, ainsi que cela a lieu dans la folie religieuse proprement dite. Comme chez beaucoup de désharmoniques délirants, il s'agit chez eux d'idées presque toujours logiques et vraisemblables, souvent même d'idées généreuses, puisées telles quelles dans le milieu ambiant, et qui ne deviennent réellement morbides que par leur action dominatrice et leurs conséquences irrésistibles. Ainsi Ravaillac croit qu'Henri IV ne veut pas punir les hérétiques du projet qu'on leur prête d'anéantir les catholiques et que, d'autre part, il se prépare à faire la guerre au pape et à transporter le Saint-Siège hors de Rome ; en pensant ainsi, il n'invente rien, car ce sont des bruits qui circulent et qui ont trouvé créance parmi le peuple ; mais sur cette donnée banale, il s'exalte jusqu'au délire et conçoit le dessein de faire changer le roi, ou s'il n'est pas écouté, de le tuer. Charlotte Corday a honte pour sa patrie des excès de la Révolution et des monstres qui la noient dans le sang. Cette pensée est légitime et lui est commune avec tous les esprits sages de l'époque; mais emportée par l'ardeur de son enthousiasme, elle veut arrêter à tout prix ce funeste courant, et s'imaginant que la liberté ne peut être sauvée que par la mort de Marat, elle le tue sans hésiter. Karl Sand partage avec les jeunes patriotes de l'Allemagne son aversion pour Kotzebue, dont les écrits révoltent la fierté de tous ; mais son cerveau malade lui fait envisager comme une œuvre pie l'assassinat de cet homme, et il l'accomplit froidement, en inspiré de Dieu. La haine d'Hillairaud pour Bazaine était certes compréhensible pour des Français et on ne peut pas dire que ce fût là une idée délirante ; mais ce qui est délirant, c'est que ce malheureux se soit cru désigné par Dieu pour venger son pays, et que, entraîné fatalement à un meurtre, il l'ait exécuté à une époque et dans des conditions où il n'avait plus, pour ainsi dire, sa raison d'être.

*Hallucinations.* — Si le délire des régicides diffère, par son organisation et ses caractères, de la folie religieuse des vésa-

(1) Klaiber qui, le 20 novembre 1889, a voulu tuer le prince Guillaume de Wurtemberg, a déclaré que son but avait été de rendre service à son pays et à la religion catholique en donnant au Wurtemberg un monarque catholique et national. En effet, la disparition du prince, neveu du roi Charles, ferait passer la succession à la branche cadette catholique.

où les affections de la famille ne pénètrent qu'à des intervalles réglés.

« Cet état spécial de l'imagination et de la sensibilité générale doit certainement avoir sa part d'influence sur l'issue de la maladie. »

Ce qui est vrai pour les adultes, l'est bien plus encore pour les enfants. Quand on a assisté aux cris déchirants des petits malades qui viennent à être séparés pour la première fois de leurs parents, aux plaintes, à la désolation qui suivent, on reconnaît qu'on ne saurait faire trop d'efforts pour multiplier autour des enfants les distractions de tout genre.

En règle générale, on ne reçoit pas dans les hôpitaux-dispensaires les maladies contagieuses. Les enfants hospitalisés sont atteints d'affections médicales ou chirurgicales diverses, le plus souvent aiguës (1).

(1) Les enfants des deux sexes sont mêlés dans les mêmes salles, comme aux Enfants-Assistés de Paris. Il est même très ordinaire de voir des salles mixtes pour la médecine et la chirurgie.

Néanmoins *la fièvre typhoïde* est généralement admise et soignée dans les salles communes.

On accepte également *la coqueluche* avec complications, *la diphthérie*. — Mais ces maladies infectieuses sont soigneusement isolées soit dans des bâtiments spéciaux, soit dans des cabanes de bois élevées à travers les jardins.

Une petite salle est réservée aux malades suspects dont le diagnostic est en suspens.

En somme la *variole et la scarlatine*, seules, sont formellement repoussées des hôpitaux-dispensaires, et renvoyées dans les *Infectious Hospitals*. Quant aux enfants atteints de fièvre typhoïde ou de diphthérie, ils sont soignés, suivant les circonstances, dans les hôpitaux d'enfants ou dans les hôpitaux infectieux. Malgré cette juxtaposition des maladies contagieuses et non contagieuses dans les hôpitaux spéciaux, la contagion intérieure serait rare. La cause en est dans l'indépendance des bâtiments où sont logés les contagieux, dans la spécialisation absolue du personnel des serviteurs, dans les rigoureuses précautions prises par les médecins qui pénètrent dans les salles, dans la désinfection régulière à l'étuve des vêtements et des objets de literie.

euiqns, il en diffère aussi par ce fait que les *hallucinations* n'y sont pas constantes et que, lorsqu'elles y existent, c'est avec des caractères particuliers.

Elles se traduisent habituellement, en effet, non par des hallucinatious multiples dans lesquelles prédominent toujours celles de l'ouïe, comme dans la folie systématisée essentielle, mais par de véritables *visions*, telles qu'on en observe dans le délire hystérique et dans l'extase. Ces visions, contrairement à ce qui a lieu dans la folie, sont *intermittentes*, à retour quelquefois très éloigné; elles se produisent *surtout la nuit*, de préférence pendant le sommeil et parfois semblent se confondre avec le *rêve*.

Voici d'abord, à titre de curiosité historique, le récit de la célèbre hallucination de Brutus à la veille de la bataille de Philippes, tel qu'on le trouve dans Plutarque :

« Brutus se disposait à partir avec toute son armée; une nuit qu'il faisait très obscur, sa tente n'étant éclairée que par une petite lampe, qui ne rendait qu'une lumière très faible, et toute son armée étant ensevelie dans le silence et le sommeil, il était plongé dans une méditation profonde, roulant dans sa tête mille pensées différentes; tout d'un coup il lui sembla entendre quelqu'un entrer dans sa tente. Il jeta les yeux sur l'ouverture, et vit une figure horrible, un corps étrange et monstrueux qui s'approcha de lui, et se tint debout près de son lit, sans dire une parole.

« Il lui demanda d'une voix ferme : qui es-tu donc? es-tu un homme? es-tu quelque dieu? que viens-tu faire dans ma tente, et que veux-tu? Le fantôme lui répondit : *Brutus, je suis ton mauvais génie, et tu me verras bientôt dans les plaines de Philippes*. — Eh bien, repartit Brutus sans se troubler, *nous t'y verrons*. Après quoi, le fantôme ayant disparu, Brutus appela ses domestiques, qui lui dirent qu'ils n'avaient rien entendu ni vu.

« Dès que le jour fut venu, il alla trouver Cassius et lui raconta la vision qu'il avait eue. Alors Cassius, qui était partisan des doctrines d'Epicure, lui répondit que les seus étaient trompeurs et que l'imagination créait mille fantômes étranges et hideux. De plus, ajouta-t-il, votre corps extenué et échauffé par le travail, échauffe aussi votre imagination, la subtilise et la pervertit. Il n'est point croyable qu'il y ait des démons ou des génies, et quand il y en aurait il serait ridicule de croire qu'ils prendraient la figure et la voix des hommes. » (Dacier, *Vie des hommes illustres de Plutarque*, Paris, 1731.)

Passons maintenant à des faits plns récents et plns anthentiques :

Dans son premier interrogatoire, Ravaillac est mis sur le chapitre de ses hallucinations. « Enquis de quelles visions il parla au dict père d'Aubigny, dit qu'ayant été prisonnier à Angoulesme, pendant qu'il y estoit retenn pour debtes, avoit eu des visions comme des sentiments de feu, de sonlphre et d'encens, et qu'estant hors de prison le samedy d'après Noël, de nuict ayant fait sa méditation accoustumée, les mains jointes et pieds croisez dans son lict, avait senti sur sa face couverte et sa bouche d'une chose qu'il ne peut discerner parce que c'estoit à l'heure de minuict, et estant en cet estat, eut volonte de chanter le cantique de David, commençant *Dixit Dominus*, et jusques à la fin du cantique, avec le *Miserere* et le *De Profundis* tout au long. Il luy sembla que les chantant, il avait à la bouche une trompette faisant pareil son que les trompettes à la guerre. Le lendemain matin, s'estant levé et fait sa méditation à genoux, recoligé en Dieu à la manière accoustumé, se lève, s'assit, en une petite chaise devant le foyer, pus s'estant passé nn peigne par la teste, voyant que le jour n'estoit encore venu, apperceut du feu en un tison, s'achève d'habiller, ferme un morceau de sarment de vigne, lequel ayant allié avec le tison où estoit le feu, mit les deux geuoux à terre et se print à souffler; veit incontinent aux deux costez de sa face, à dextre et à senestre, à la lueur du feu qui sortait par le soufflement, des hosties semblables à celles dont l'on a accoustumé faire la communion aux catholiques en l'église de Dieu; et au-dessus de sa face, au droict de sa bouche, voyoit par le coste un rouleau de même grandeur que celluy que lève le prestre à la célébration du service divin à la messe; dont il avoit fait révélation au dit d'Aubiguy. (Procès de Ravaillac. *Archives curieuses de l'histoire de France*, t. XV.)

« Plusieurs, ayant judicieusement considéré ses façons et ses mouvememts, ont cru que les visions qu'il avoit tant en veillant qu'en dormant, les voix intérieures qui le troublaient de jour et de nuit et tant d'autres violentes impulsious estaient marques certaines de l'obsession du diable. Uu homme qui a couché souvent avec luy a dict qu'un esprit l'assailloit et tourmentoit de nuict, et quand on luy demandoit ce que c'estoit, il répondoit : « C'est mon oncle qui demande l'allègement de

---

Le corps médical (*médical Staff*) de ces petits hôpitaux est nombreux. Pour 30 à 60 enfants hospitalisés, on compte un médecin ou un chirurgien résidant, deux à trois médecins attachés à l'hôpital, et deux chirurgieus qui, à tour de rôle, passent la visite dans les salles. Il résulte de là que chaque médecin ou chirurgien n'a qu'un petit nombre de patients à soigner, qu'il est rare qu'un médecin, à lui seul, visite les malades d'une salle entière. Les salles sont généralement comuues à plusieurs médecins et chirurgiens. Ce personnel médical est réellement un peu compliqué, surtout si l'on vient à penser qu'il est entièrement distinct du personnel du dispensaire annexé.

Les étudiants en médecine n'ont pas accès dans le plus grand uombre des hôpitaux-dispensaires.

Il faut faire exception pour *the Hospital for sick Chilren* qui est la véritable école de Pédiatrie de Londres. — Toutes les branches de la médecine et de la chirurgie infantiles y sont enseignées par cinq ou six professeurs différents, et cela moyennant une redevance déterminée que paient les étudiants.

A la tête de l'administration des hôpitaux-dispensaires sont préposés un *secrétaire* (directeur) et uu trésorier (économe). Nous avous dit plus haut qu'un comité de patronage et de surveillauce composé des principaux douateurs avait la charge de résoudre les questions graves.

Tout le personnel des filles de service employées, soit dans les salles de malades, soit au dispensaire, ou à la lingerie, etc, est sous la haute direction d'une dame *Superintendante*. Ces dames de charité appartiennent à la meilleure société anglaise ; elles jouissent d'une grande considération, et sont investies d'une autorité qui n'a pas sou analogue dans nos établissements hospitaliers français.

Dans quelques maisons, à Evelina par exemple, fonctionnent de véritables écoles d'infirmières pour les enfants malades.

(*A suivre.*)

ses peines ». Il avoit d'ailleurs de grandes dispositions à cela, un superbe et furieux soulèvement d'esprit et par dessus tous les autres, une arrogante présomption d'avoir part aux conseils de Dieu, d'entendre le déchiffrement de ses volontés et d'avoir esté choisi pour les exécuter. (Matthieu. *Hist. de la mort déplorable de Henri IV.*)

Le même auteur cite aussi le fait suivant qui semble se rapporter plus directement encore à des illusions et à des interprétations délirantes qu'à de véritables hallucinations.

« Tont ce qui avoit esté faict devant les commissaires leu et remarqué, ou ouyt le criminel. Il réserva un traict de sa folie pour le dire sur la sellette. Estant à l'église de Vivone, par delà Poitiers, il eut une vision d'un More en un triangle. Il pria un peintre logé avec lui de lui prester son escritoire pour le mettre par escrit. Le peintre lui en donna une faicte en un triangle et luy monstra le portraict d'un More. Son imagination, esveillée et eschauffée à ces objets, les considère et les prend pour truchemens de ce qu'il n'entendoit. Son esprit, toujours prest et prompt à la haine contre le Roy, se figura que ce More le représentoit, que toute l'eau de la mer ne le pouvait laver et sur cela de grottesques étranges. Voilà ceste révélation qu'il tenoit si secreste et si mystérieuse qu'il ne l'a dit qu'à la fin (1). »

Le type de l'hallucination des régicides est celle de Jacques Clément. « Une nuit Jacques Clément étant dans son lit, Dieu lui envoya son ange en vision, lequel avec une grande lumière se présenta à lui et lui montra un glaive nud eu lui disant ces mots : « Frère Jacques, je suis messager du Dieu tout-puissant qui te viens accertener que par toi le tyran de la France doit être mis à mort ; pense donc à toi comme la couronne du martyr t'est aussi préparée. Cela dit, l'ange disparut. » (Palma Cayet.)

Les hallucinations de Staaps ont à peu près le même caractère. « Encore cette nuit, écrit-il à son père, Dieu m'est apparu. C'était une figure semblable à la lune. Sa voix m'a dit : « Marche en avant; tu réussiras dans ton entreprise, mais tu y périras » (Desmarets).

On voit combien ces hallucinations diffèrent de celles qu'on est habitué à rencontrer dans les formes classiques de la folie, et il n'est pas douteux qu'elles présentent quelque chose de spécial, tenant à la fois du rêve, de la vision, de l'illusion et du délire. Aussi, tandis que les hallucinations ordinaires des alliénés varient d'un sujet à l'autre, celles des mystiques, au contraire, ont chez tous les plus grandes analogies. On a pu en juger par l'exemple de Staaps et Jacques Clément; on en jugera bien mieux encore par le fait suivant :

J'ai eu occasion d'examiner, il y a un mois à peine, en qualité d'expert, un dégénéré de l'espèce des régicides, à cette différence près que, chez lui, le mysticisme se présente sous la forme d'idées politiques d'anarchie. Voici comme il décrit les hallucinations auxquelles il est sujet par intervalles : « La nuit, au milieu d'un cercle de lumière, un être surnaturel m'est apparu, sous la forme d'un archange Michel, tenant en main une épée flamboyante. Je suis m'a-t-il dit, le Génie de la Révolution; il faut que tu meures pour tes principes comme Jésus-Christ et Pranzini. Puis le Génie a disparu, laissant après lui comme une traînée harmonieuse qui s'est évanouie peu à peu. »

Que l'on compare cette vision datant d'aujourd'hui, avec celle de Jacques Clément, datant de 1589. Est-il possible, en vérité, de rencontrer deux faits morbides plus entièrement semblables chez deux êtres différents, à trois cents ans de distance, et n'est-ce pas là une preuve de plus de ce que j'avançais tout à l'heure, à savoir que les régicides-types, présents ou passés, étaient de véritables frères coulés dans le même moule pathologique?

(*A suivre.*)

(1) Ce fait est rapporté d'une façon erronée par Brierre de Boismont dans son ouvrage sur les Hallucinations.

## RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Fracture par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus : Désarticulation : Guérison, par M. Maubrac aide-major de 1re classe. (Service de M. le médecin-major Lesbros, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sfax).

Un artilleur, A..., entre à l'hôpital le 27 mai 1889, à 7 heures du matin. Dans une tentative de suicide, il y a une heure environ, il s'est tiré un coup de feu (mousqueton, système Gras, 1874) dans la région thoracique supérieure gauche. La balle est sortie dans la région postéro-supérieure et externe de l'épaule gauche. Une hémorrhagie abondante, et qui continue encore au moment de l'arrivée à l'hôpital, a considérablement anémié le patient, qui, pâle, froid, le pouls filiforme, dans un état de stupeur marqué, répond faiblement aux questions qu'on lui pose.

Un examen très rapide permet de noter :

Un orifice d'entrée long de 6 centimètres, large de 2 cent. 1/2, en forme elleptique, au niveau du 3e espace intercostal gauche, et dont le milieu est à 2 centimètres en dedans du mamelon : la peau de toute la région thoracique antérieure gauche, du moignon de l'épaule, du bras, de la face latérale gauche du thorax, jusqu'au 6e espace intercostal, est le siège d'un emphysème dont la crépitation est facilement perceptible. La peau est hrulée sur une étendue de 6 centimètres environ autour de l'orifice d'entrée, et les muscles sous-jacents paraissent dilacérés et détruits. Par cette plaie antérieure, très léger écoulement de sang.

La pression, sur les arcs costaux, peu douloureuse, fait supposer qu'il n'y a point fracture de côte. Le bras est immobilisé : des troubles de sensibilité, fourmillement, douleurs, sont accusés dans l'avant-bras et la main; par un mouvement provoqué, on détermine une crépitation indiquant une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il y a eu très probablement contusion du plexus nerveux. Mais le pouls radial est plein, égal à celui du côté opposé, et fait éliminer l'idée d'une lésion de l'artère axillaire.

Une petite toux quinteuse, à accès assez fréquents, fatigue beaucoup le malade; légère dyspnée; il y a expectoration de crachats sanglants, avec un peu de mucosités.

En arrière de l'épaule, au niveau et en dehors de l'angle supéro-externe de l'omoplate, orifice de sortie de la balle : orifice déchiré, irrégulier, admettant l'index, et par lequel s'écoule du sang en assez grande quantité.

Une syncope imminente ne permet pas de prolonger l'examen. Le pouls est à 144, très petit, la respiration 30. T. 37,7 à 9 heures; 38° à 4 heures du soir.

28 mai. La faiblesse est extrême, l'hémorrhagie persiste en arrière, très faible. L'expectoration est toujours sanglante, mais a diminué.

La plaie exhale l'odeur particulière de tissus brulés par la poudre; l'emphysème reste aussi considérable que la veille; mais les efforts de toux ne paraissent pas amener de nouvelles bulles de gaz dans les tissus. Par la plaie, il est impossible de constater si du thorax il s'échappe de l'air; l'examen du poumon révèle quelques râles muqueux, avec diminution du murmure vésiculaire du côté gauche.

Pouls 146. Respiration 32. T. m. 36,9; s. 38,5.

Le 29. L'écoulement de sang a cessé. La plaie antérieure suppure, et l'odeur sulfydrique est accentuée ; dans le fond de la plaie, des masses musculaires noircies, encore adhérentes, baignent dans le pus : Pouls 146 : respiration 36°. T. m. 37,5 ; s. 39°.

Le 30. Malgré la suppuration, amélioration légère de l'état général, l'expectoration a totalement cessé ; le malade se plaint de douleurs et de fourmillements dans la main gauche ; il se sent faible, sans avoir d'autre mal. Pouls : 144 : respiration 40. T. m. 38,5 ; s. 38,8.

Le 31. La fièvre a cessé ce matin. La plaie purulente prend un aspect grisâtre, quelques parties sphacélées, venues des muscles pectoraux, sont éliminées.

Pouls : 100 : respiration 28. T. m. 37,2 ; s. 38°.

L'état général est un peu meilleur.

1er juin. Un pont de peau, sur la région antérieure et supérieure, décollé et recouvrant des parties mortes et purulentes, est incisé sur une longueur de 5 centimètres ; cette ouverture permet un lavage plus complet, et l'ablation des parties sphacélées. T. m. 37,2 ; s. 38,5.

Le 2. Dans le fond de la plaie, du côté de l'aisselle, d'énormes masses grisâtres, saignant au moindre contact, adhérent encore et ne peuvent être éliminées. T. m. 37,8 ; s. 38,2.

Le 3. Suppuration très abondante, odeur légèrement fétide. Inappétence : fièvre légère continue. T. m. 38,2 ; s. 38,3.

Le 4. Affaiblissement progressif. Le blessé se décide à se laisser opérer le lendemain matin.

Le 5. La désarticulation de l'épaule est pratiquée par le procédé de l'épaulette et petit lambeau axillaire : opération au thermo-cautère.

L'artère axillaire est, dès le début, dénudée et liée, le paquet vasculo-nerveux a été seulement contus par le projectile ; plongé au milieu du putrilage il parait sain.

Les pectoraux, le sous-scapulaire, le dentelé, le sus épineux, le sous épineux, tous les muscles, ou plutôt les espaces intermusculaires des muscles aboutissant à l'extrémité supérieure de l'humérus, sont largement décollés ; le doigt peut explorer ces interstices et ramène de chacun d'eux une substance putrilagineuse noirâtre, qui n'est autre que le tissu cellulaire sphacélé et purulent. Toutes les parties musculaires on fibreuses qui paraissent altérées sont enlevées au ciseau ou touchées au thermo-cautère ; lavage de la plaie opératoire qui se trouve énorme en raison de l'étendue superficielle de la plaie, et surtout des culs-de sac, dépressions ou fusées, toutes infectes et purulentes. Au total opération peu sanglante, les ligatures ayant pu être facilement placées ; drainage de tous les diverticulum ; pansement au sublimé et à la gaze iodoformée,

La balle a atteint l'humérus au col chirurgical en déterminant une fracture de la tête humérale avec esquilles nombreuses et fissures, se prolongeant jusqu'au quart de l'humérus ; les esquilles projetées en poussière ont pénétré dans les muscles du moignon de l'épaule, d'où on a dû les extraire. La cavité glénoïde est intacte.

Après l'opération, shock léger, qui ne persiste pas au-delà d'une heure, et peu à peu la réaction s'établit. La température 37,8 avant l'opération, est de 38,3 à 3 heures du soir.

Le 6. Sécrétion abondante de liquide séro-purulent. Le pansement est renouvelé ; il n'y a pas ou d'hémorrhagie, et le patient n'accuse aucune douleur. La fièvre est complètement tombée.

Le 8. Le pus reste encore assez abondant, mais les surfaces touchées au thermo-cautère ou sphacélées s'éliminent progressivement et l'aspect de la plaie devient meilleur.

Le 11. La plaie a bon aspect : les parties profondes se détergent, la suppuration devient plus épaisse et moins abondante. L'état général s'améliore sensiblement : l'appétit est revenu, et les forces s'accroissent un peu.

Le 16. La plaie a bon aspect, les muscles, à peu près complètement dépouillés, sont rouge vif.

Le 19. Le malade se plaint de quelques douleurs dans la main gauche.

Le 25. La plaie se comble, surtout à sa partie antérieure ou existait la plus vaste perte de substance. Le patient se plaint de sa main qui continue à le faire souffrir au point qu'il n'a pu dormir la nuit précédente.

Le 28. Les douleurs ont persisté durant ces trois jours ; elles sont toujours très vives, et empêchent tout sommeil. Ce matin elles ont un caractère particulier : elles sont plus limitées dans une région que le malade décrit exactement, et qui est celle de la distribution du cubital. Ces douleurs reviennent, par crises, fréquentes, commencent par la paume de la main, se propagent au petit doigt particulièrement, puis à la partie interne du bras, s'irradient dans le membre inférieur gauche, dans la région externe de la jambe et surtout dans le petit orteil où elles atteignent leur intensité maximum.

4 juillet. Etat général satisfaisant. Les douleurs de la main ont un peu disparu : moins vives, s'irradiant toutefois encore dans le pied, elles n'empêchent plus le sommeil.

La cicatrisation a continué sans incidents ; les douleurs se sont peu à peu atténuées pour disparaître totalement fin août. A ce moment la cicatrisation était complète, sauf deux fistules qui ont donné au milieu de septembre issue à de petits fragments osseux, reliquats probables de la poussière osseuse, ayant échappé lors de la toilette de la plaie opératoire. Le 1er octobre il persistait encore une petite fistule.

Ainsi, blessure de la région pectorale gauche par coup de feu à bout portant ; déflagration de la poudre dans les tissus, décollement des muscles s'insérant à l'extrémité supérieure de l'humérus ; fracture esquilleuse du col chirurgical de cet os, avec fissures étendues, contusion du poumon gauche ; désarticulation au 10e jour ; guérison.

Quelques points sont à noter dans cette observation. En premier lieu le diagnostic.

La fracture de l'humérus fut facilement reconnue ; mais la disposition des orifices d'entrée et de sortie du projectile — dont la force de pénétration faisait éliminer la déviation — fit le premier jour, porter un diagnostic bientôt reconnu erroné.

L'orifice d'entrée, avons-nous dit, siégeait à 2 centimètres en dedans du mamelon ; l'orifice de sortie était en arrière du moignon de l'épaule ; la ligne réunissant ces deux points traverse la poitrine. En outre nous notions dyspnée, toux, hémoptysie, emphysème énorme de tout le côté gauche. Sans doute il n'existait point de pneumothorax ni de traumatopnée, mais pour ce dernier signe l'attrition des tissus expliquait bien facilement l'oblitération momentanée de la plaie pénétrante de la poitrine. Le diagnostic de plaie pénétrante de la poitrine fut donc porté.

Or le projectile n'a point pénétré dans la cavité thoracique ! il y a eu seulement contusion simple du poumon par le choc de la poudre déflagrant contre la poitrine.

L'attitude du blessé — négligée comme élément de diagnostic, et dont l'importance est toujours si capitale — explique l'intégrité de la poitrine. A..., en effet, a eu recours à son mousqueton, appuyant la crosse sur le sol, le canon sur la poitrine en dedans du mamelon, il a fait jouer la gâchette avec la main droite. Pour ce faire, l'épaule droite s'incline fortement vers le sol, le thorax tend à se mettre en parallélisme avec l'arme, et pour empêcher celle-ci de glisser, il faut faire saillir en avant et en haut le moignon tout entier de l'épaule gauche. C'est dans ce moignon ainsi déplacé qu'est tiré le coup de feu ; ainsi s'expliquent la situation des orifices d'entrée et de sortie, le décollement de la peau et des muscles,

l'emphysème, la contusion du poumon et l'intégrité de la cage du thorax.

Les douleurs ressenties par le blessé dans la main, après la désarticulation, dues probablement à une irritation du tronc cubital, ont en de curieux leur localisation plus particulière dans le petit doigt de la main absente, et leur irradiation dans les rameaux de même distribution du nerf homologue du membre inférieur.

Cette observation enfin constitue un fait heureux d'intervention secondaire, pratiquée au 10e jour, en pleine suppuration.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — Sur la ricine, par le Dr Stillmarck (travail du laboratoire de pharmacologie de Dorpat), *Fortschritte der Medicin.*, 1890, n° 4, p. 142.

II. — Sur les effets du curare et de ses alcaloïdes, par le Dr J. Tillie. *Archiv für experiment. Pathologie und. Pharmak.* T. XXVII, fasc. 1 et 2, p. 1, avril 1890.

I. — La ricine, extrait du ricin officinal (*ricinus officinalis*) est, d'après les recherches de Stillmarck, un corps albuminoïde, qui appartient à la classe des ferments amorphes. Mise en suspension dans du sang défibriné, la ricine a provoqué la mise en liberté d'une masse rouge, non filtrable, et qui possède une grande analogie avec le cruor. Dans le sang des chiens, des bovins, des gallinacés, la ricine a donné lieu à un précipité floconneux, filtrable. Mise au contact de globules rouges isolés, la ricine, même à l'état d'extrême dilution, a déterminé la formation d'un caillot semblable à du sang caillé, mais qui, agité avec de l'eau, a donné une masse floconneuse, au lieu de ce feutrage fibrillaire qu'on obtient avec la fibrine. En suspension dans une solution aqueuse de globules rouges, la ricine a fait venir un dépôt analogue à de la fibrine. Le stroma globulaire a été transformé en une masse albumineuse, qui ne se boursouflait plus au contact de l'eau. L'hémoglobine ne participait pas à cette coagulation des globules rouges, et retardait l'exsudation de la fibrine.

L'action de la ricine sur des reins fraichement extirpés et dans lesquels on entretenait la circulation artificielle, s'est traduite par une diminution de volume de la nappe liquide qui traversait ces organes, par suite de la formation de caillots volumineux. Sur le cœur de la grenouille et sur les nerfs isolés, l'action de la ricine paraît être nulle, tandis que les muscles non privés de sang ont été légèrement paralysés.

Aussi bien en injections sous-cutanées qu'en injections intraveineuses, la ricine manifeste son action toxique par des altérations très nettes du côté du tractus gastro-intestinal : Injection sanguine, ecchymoses et ulcérations de la muqueuse de l'estomac, du cæcum, du gros intestin et surtout de l'intestin grêle. Après résorption, la ricine qui a passé dans le sang produit des coagulums qui obstruent les capillaires de l'intestin ; il se forme ainsi des ecchymoses et des thromboses, qui entraînent à leur tour des érosions et des ulcérations de la muqueuse. De même. les vaisseaux cérébraux sont obstrués par des thrombus, d'où somnolence et convulsions.

M. Stillmarck fait remarquer que les symptômes d'intoxication, notés dans le cours de ses expériences, ont été observés dans les empoisonnements par le ricin, survenus chez des sujets de notre espèce. Il conclut que la ricine constitue le seul agent actif qui intervienne dans ce genre d'empoisonnement. En présence des résultats fournis par les injections sous-cutanées de ricine, on ne saurait non plus admettre que le principe toxique de l'huile de ricin exerce une action irritante purement locale.

M. Stillmarck a constaté, en outre, que la ricine est plus active quand elle est extraite de semences fraîches. En se basant sur les résultats de recherches faites sur des chiens, il estime à 0,18 la dose de ricine nécessaire pour développer une intoxication mortelle chez un homme adulte, le poison étant administré *per os*; cette quantité de ricine est fournie par 6 grammes de semences non décortiquées.

II. — Un point litigieux, dans l'histoire des effets physiologiques du curare, est relatif à la question de savoir si ce poison influence dans une mesure quelconque les nerfs sensitifs. Un autre point, insuffisamment élucidé. est relatif à l'action du curare sur la moelle. Suivant quelques auteurs, le curare est dépourvu de toute action sur les fonctions spinales. On est généralement d'accord pour admettre que si action il y a, elle ne se manifeste point par des effets d'excitation, mais par des effets de paralysie analogue à ceux de la strychnine.

M. Tillie, qui s'est servi pour ses expériences de la curarine préparée par Bœhm, est arrivé à des résultats qu'il a énoncés dans les termes suivants :

1° La curarine ne paralyse pas les nerfs sensitifs;

2° Chez les grenouilles auxquelles on a préalablement lié les membres postérieurs à leurs racines, la curarine produit un état d'arrêt général des réflexes, qui, à pres emploi de fortes doses de poison, se dissipe spontanément au bout d'une heure environ, et qui fait détaut lorsque le cerveau a été séparé de la moelle, avant l'incorporation du toxique;

3° De fortes doses de curarine produisent une exagération de l'excitabilité réflexe et un état de tétanos, lorsque les quantités de poison nécessaires pour que ces effets se produisent parviennent jusque dans la moelle. Mais habituellement, la paralysie générale du système vasculaire s'oppose à la manifestation de ces phénomènes spinaux.

Relativement à l'action de la curarine sur la pression intravasculaire, M. Tillie a constaté que ce poison, injecté dans les vaisseaux artériels ou veineux d'un animal, produit constamment un abaissement de la pression sanguine, variable comme intensité et comme durée suivant la quantité de poison injectée. Cet abaissement de pression est une conséquence de l'action paralysatrice que le poison exerce sur les terminaisons extrêmes des nerfs vaso-moteurs, action analogue à celle qu'il exerce sur les ramifications terminales des nerfs moteurs. Il se produit encore quand, chez l'animal en expérience, on a sectionné les deux nerfs vagues et les autres nerfs du cœur ainsi que la portion cervicale de la moelle, et quand on a paralysé les centres réflexes au moyen d'un narcotique (uréthane). Chez le lapin, la dose nécessaire pour paralyser momentanément d'une façon complète les nerfs vaso-moteurs est de 100 à 300 fois plus forte que celle qu'il faut employer pour obtenir la paralysie générale des muscles.

Dans une note annexe, M. Tillie fournit quelques renseignements sur la curine, un nouvel alcaloïde que Bœhm a extrait (1886) de différentes sortes de curare. La curine n'exerce pas d'influence appréciable sur les nerfs moteurs, mais elle produit des troubles de l'activité cardiaque, comparables à ceux qu'engendre la vératrine et les poisons du groupe digitaline.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

# BULLETIN

SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — LA CAISSE DE PENSIONS DE RETRAITES DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

L'Association générale des médecins de France a tenu sa trente-et-unième Assemblée générale annuelle, dimanche et lundi derniers, sous la présidence de M. Henri Roger. L'intérêt de ces grandes assises professionnelles s'impose toujours et une assistance nombreuse remplissait l'amphithéâtre de l'avenue Victoria.

M. le Président a ouvert la séance de dimanche par une allocution vivement applaudie dans laquelle, après avoir rendu un dernier hommage à la mémoire de Ricord et payé un juste tribut de reconnaissance aux bienfaitrices de l'Association, Mmes Cloquet, Huguier, Gosselin, Chauffard, il a remercié les confrères généreux qui marquent, par un don à la caisse de l'œuvre commune, les événements heureux de leur carrière, et fait un chaleureux appel à l'union de tous les membres de la famille médicale. Cet appel, espérons-le, sera partout entendu.

M. Brun fait ensuite connaître l'état, chaque année plus prospère, de la fortune de l'Association, état qui permet, dès à présent, de soulager un grand nombre d'infortunes, qui promet, dans l'avenir, de les soulager toutes. En trente années, en effet, le capital de l'Association a atteint le chiffre de 2,692,505 fr. 24. Avec un tel progrès, il est facile de prévoir l'époque où l'Association sera en mesure de résoudre pratiquement la plupart des questions aujourd'hui simplement à l'étude ou en discussion. Le reproche que quelques-uns lui font de thésauriser se changera alors en louanges. En attendant, elle poursuit le cours de ses bienfaits et sert toutes les pensions viagères qui lui sont demandées. Sur le rapport de M. Richelot, 13 nouvelles pensions ont été accordées.

On a procédé, comme dans une sorte d'entr'acte, à l'élection d'un vice-président, en remplacement de Ricord, et au renouvellement partiel des membres du Conseil général. M. Lannelongue a été nommé par acclamation vice-président et a remercié en termes émus ses confrères de leurs suffrages. MM. Louis Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup et Vidal, MM. Leroux et Millard, ont été les premiers réélus, les seconds élus membres du Conseil général.

Le compte rendu des actes de l'Association est un lourd travail dont les secrétaires généraux qui se sont succédé se sont toujours acquittés avec zèle et honneur. M. Riant n'a rien à envier à ses prédécesseurs et a largement mérité les applaudissements répétés qui ont accueilli son intéressant rapport. Nous ne saurions ici en donner l'analyse : nous engageons tous nos confrères à le lire plus tard *in extenso* dans l'annuaire; ils pourront ainsi juger de la vitalité de l'œuvre, de l'activité et du dévouement de ceux qui la dirigent.

Le dimanche soir à 7 heures, plus de 200 membres de l'Association se sont réunis en un banquet à l'hôtel Continental. Dans ces agapes confraternelles, le menu est la question accessoire. On est tout au plaisir de se revoir, de serrer la main à d'anciens camarades, de revivre dans le passé, de jouir du présent dans d'intimes causeries. Les toasts portent l'empreinte de tous ces sentiments et l'esprit le plus fin les assaisonne. C'est une sorte de tournoi dans lequel il n'y a que des vainqueurs. Signalons toutefois plus particulièrement la spirituelle réponse de M. Vannesson au toast porté par M. Brouardel au Conseil judiciaire de l'Association.

— La séance du lundi est essentiellement une séance d'affaires. Deux questions principales étaient à l'ordre du jour et, après le vote des pensions viagères, ont été l'objet de longs débats.

La première est relative au *projet de révision du décret du 18 juin 1811 réglant les honoraires des expertises médico-légales*. Le Conseil général, répondant au vœu de plusieurs Sociétés locales, avait mis la question à l'étude et c'est au nom d'une Commission dont il faisait partie avec MM. Brouardel, Lannelongue, Dufay et Vannesson, que M. Motet a lu l'intéressant rapport sur les conclusions duquel le débat s'est engagé. On sait, d'autre part, que, depuis l'affaire des médecins de l'Aveyron, la même question a été portée sur un autre terrain, que le Sénat en a été saisi et que le gouvernement a reconnu le bien-fondé des réclamations du corps médical. Dans sa circulaire du 25 janvier 1890, M. le garde des sceaux, en effet, « reconnaît dans une certaine mesure, la légitimité des prétentions des médecins, et invite les procureurs généraux à consulter les associations médicales de leur ressort, sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif actuellement applicable aux expertises médico-légales, à lui faire parvenir, avec une copie des délibérations de ces Sociétés, leur avis personnel ». Le Conseil général a pensé qu'il y avait intérêt à centraliser toutes les réponses des Sociétés locales, et à les unifier dans un projet sur lequel l'Assemblée générale aurait à se prononcer. Soixante-sept Sociétés ont fait connaître au Conseil le résultat de leurs délibérations, et ont fourni ainsi à M. Motet les principaux éléments de son remarquable rapport. Nous donnons un peu plus loin, parallèlement au tarif fixé par le décret du 18 juin 1811, le tarif modifié par la Commission, et qui, sauf de légères additions ou modifications, a été adopté par l'Assemblée générale. La Commission a été chargée par l'Assemblée de défendre le nouveau tarif auprès des pouvoirs publics; elle pourra s'adjoindre, si elle le juge nécessaire, des représentants des Sociétés locales.

Il importe de noter dans quel esprit le corps médical n'a cessé de demander la réforme des tarifs de 1811; à ce propos nous ne saurions mieux faire que de reproduire ce passage du rapport de M. Motet.

« Dans cette consultation de toutes les Sociétés locales, dit-il, se manifeste la dignité du corps médical de toute la France qui, fidèle à ses traditions d'honneur et de désintéressement, ne veut pas qu'on se méprenne sur le caractère de revendications, dont la modération ne paraît échapper à personne. Comme le disait M. le Dr Coutagne, rapporteur de la Commission de l'Association des médecins du Rhône, il ne s'agit pas pour nous « d'un marchandage d'honoraires »; il s'agit avant tout de nous faire sortir d'une situation humiliante et qui finirait, si on persistait à la perpétuer, par créer à l'administration de la justice les plus sérieux embarras. »

Le corps médical, toujours plein d'abnégation, veut bien sacrifier ses propres intérêts à l'intérêt public; il peut rendre des services gratuits, mais il ne saurait accepter des honoraires humiliants.

Ce n'est pas tout, et le relèvement des honoraires ne doit pas être considéré comme la seule réforme à souhaiter dans l'organisation actuelle de la médecine légale. L'obligation imposée à tout docteur, d'obéir à une réquisition judiciaire en cas de flagrant délit, le met trop souvent, quand il se reconnaît sincèrement incompétent, dans la dure alternative ou de s'exposer à une sanction pénale s'il refuse son concours, ou, s'il obéit, d'agir contre les conseils de sa propre conscience. En

ce cas, la justice n'a évidemment rien à gagner ; au lieu des lumières qu'elle attend de l'expert, elle risque d'être égarée, et un intérêt social de premier ordre se trouve ainsi compromis. La plupart des rapporteurs des Sociétés locales, et M. Motet après eux, signalent cette lacune, ou plutôt cette erreur de la législation actuelle, erreur qui a pour base l'opinion mal fondée que le diplôme de docteur suppose et garantit la compétence en matière d'expertise médico-légale. Il n'est pas nécessaire de dire ici que cette compétence exige au préalable des études spéciales que la plupart des médecins n'ont pas eu la possibilité de poursuivre. Aussi ne peut-on que souscrire au projet de M. Brouardel, rappelé par M. Motet, de créer un enseignement supérieur, pour les jeunes docteurs qui se sentiraient attirés vers la pratique de la médecine légale. Ceux qui auraient suivi cet enseignement, et passé avec succès l'examen qui serait comme le couronnement et la consécration de ce complément d'études, seraient tout naturellement désignés pour devenir les auxiliaires de la justice, sans que d'ailleurs l'indépendance de chacun reçoive la moindre atteinte. Il y a là une question d'une haute importance qui devra trouver sa solution quand le moment, prochain sans doute, de la revision de la loi du 19 ventôse an XI, sera venu.

La lecture et la discussion du rapport de M. Lereboullet *sur les questions d'assurance et d'assistance en cas de maladie*, ont rempli la seconde partie de la séance. Dans ce rapport, longuement étudié, notre excellent confrère examine d'abord la question de principe, puis les questions de détail, en faisant connaître les divers systèmes proposés ou les tentatives faites pour organiser soit en dehors, soit avec le concours de l'Association générale, l'assurance mutuelle contre la maladie.

En ce qui concerne la question de principe, M. Lereboullet reconnaît volontiers que, en tenant compte des tables de morbidité établies en Angleterre et en France, « une Compagnie d'assurance mutuelle contre la maladie pourrait vivre à la condition d'avoir un nombre d'adhérents suffisant pour parer aux difficultés que pourraient créer soit une épidémie, soit une série de maladies chroniques exceptionnellement longues, à la condition, surtout, de diminuer le plus possible les frais d'administration ».

Ainsi, nombre considérable d'adhérents, réduction extrême des frais d'administration, telles sont les deux conditions essentielles de réussite et de vitalité d'une œuvre pareille ; telles sont aussi les raisons pour lesquelles ceux qui en poursuivent la réalisation, et ceux mêmes qui, à la suite de M. Gallet-Lagoguey, sont passés de la conception à l'exécution, réclament le concours de l'Association générale. Ce concours se présente sous des modes différents.

Les uns demandent simplement à l'Association son patronage moral. Il se créerait une société civile d'assurance mutuelle, plus ou moins sur le modèle de celle de M. Gallet-Lagoguey, s'étendant, par ses ramifications, sur tout le territoire de la France, et l'Association encouragerait ses membres à y participer ; elle ferait une propagande active en faveur de l'institution nouvelle.

Pour d'autres, le lien entre cette institution et l'Association générale devrait être plus étroit. Les deux œuvres marcheraient parallèlement l'une à côté de l'autre, tout en restant cependant absolument distinctes et indépendantes; mais, pour leur fonctionnement, elles se serviraient des mêmes rouages. C'est ainsi que les caisses d'assurance seraient annexées aux caisses des Sociétés locales, une caisse centrale à la caisse générale de l'Association, et que la commission administratives des Sociétés locales dans les départements, le Conseil général à Paris, auraient l'administration des deux institutions.

Il en est qui pousseraient plus loin le concours effectif de l'Association générale et lui demanderaient une intervention pécuniaire en faveur d'une œuvre qui, d'autre part, contribuerait à diminuer ses propres charges. Les deux institutions, sans être absolument solidaires l'une de l'autre, seraient plus étroitement liées.

Un quatrième groupe est formé par ceux qui, refusant de rien créer de nouveau et se bornant à étendre les bienfaits de l'Association, telle qu'elle est organisée, lui demanderaient, en majorant ses cotisations, de servir une indemnité de maladie à ceux de ses membres qui en auraient besoin. Ici il ne s'agit plus, à vrai dire, d'*assurance*, ce qui entraîne le droit à l'indemnité, mais d'*assistance*.

Nous ne parlons pas de ceux, très nombreux, qui demandent simplement le *statu quo*, c'est-à-dire le maintien de l'Association telle qu'elle fonctionne, sans la rattacher, de près ou de loin, à aucune institution nouvelle.

En présence de ces divergences d'opinions entre les Sociétés locales, et des divergences, non moins grandes, entre les systèmes proposés, la Commission dont M. Lereboullet était l'interprète, pouvait difficilement prendre position. Aussi a-t-elle soumis à l'Assemblée les conclusions suivantes :

« L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France,

« Considérant que les Sociétés locales diffèrent d'opinion au sujet des voies et moyens qui permettraient d'étendre et de développer l'œuvre d'assistance confraternelle prévue par les articles 6 et 7 de ces statuts ;

« Qu'un grand nombre d'entre elles refusent formellement d'accepter la création d'une caisse d'assurance mutuelle contre la maladie ;

« Que l'élévation du taux de la cotisation annuelle, ou l'établissement d'une cotisation spéciale ou facultative s'imposerait nécessairement à tous ceux qui voudraient obtenir une indemnité en cas de maladie ;

« Que l'on ne pourrait, sans leur assentiment formel et unanime, exiger de tous les membres de l'Association cette cotisation nouvelle ;

« Qu'à une très forte majorité les Sociétés locales se sont refusées à admettre qu'une modification quelconque soit apportée aux statuts actuels de l'Association ;

« Qu'elles s'opposent également à toute mesure qui pourrait avoir pour résultat d'entraver le fonctionnement régulier des œuvres dont l'Association a pu jusqu'à ce jour assurer la prospérité et le développement progressif ;

« Après avoir pris connaissance des conclusions adoptées dans les dernières assemblées des Sociétés locales ;

« Déclare qu'il lui paraît *actuellement* impossible de voter une résolution quelconque rendant pratiques et immédiatement applicables les vœux relatifs à l'assurance mutuelle contre la maladie ou à la création d'une caisse spéciale destinée à assurer une indemnité de droit en cas de maladie. »

Sur la proposition de plusieurs membres demandant que la question reste à l'étude et puisse venir à l'ordre du jour d'une prochaine Assemblée générale, M. Lereboullet soumet à l'Assemblée la résolution suivante :

« L'Assemblée générale approuve les conclusions du rapport ; elle estime que la solution de la question exige un examen minutieux et approfondi, et renvoie ce rapport aux Sociétés locales qui, lorsqu'elles se seront mises d'accord pour accepter l'un quelconque des projets qui y sont analysés, en

feront part au Conseil, qui le soumettra de nouveau à la discussion de l'Assemblée générale. »

Cette résolution, dans la forme plus que dans le fond, est combattue par MM. Pitres et Lande, délégués de la Société de la Gironde et M. Cézilly délégué de la Société de l'Oise. Suivant ces honorables confrères, le Conseil général, au lieu de recevoir en quelque sorte l'impulsion des Sociétés locales, doit prendre, au contraire, l'initiative du mouvement, le diriger, faire une étude approfondie de la question, et rédiger un projet net, précis, sur lequel les Sociétés locales seront appelées à se prononcer. Après un débat assez long et assez vif, l'Assemblée, sur la proposition de M. Cézilly, décide qu'il sera nommé, au sein du Conseil général, une Commission devant laquelle seront appelés, à titre consultatif, tous les médecins qui se sont particulièrement occupés de la question. Cette Commission sera chargée de dresser un projet ferme qui sera soumis aux délibérations des Sociétés locales.

D'après le dernier paragraphe de l'article 6, invoqué dans le débat, l'Association générale a pour but, entre autres choses, « de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance ». La préparation et la fondation de semblables institutions, en supposent nécessairement, au préalable, une étude approfondie. La décision prise par l'Assemblée générale est donc conforme à la mission que l'Association a à remplir.

Le Conseil général a reçu de différentes Sociétés locales dix vœux sur la prise en considération desquels M. Hortelonp a lu un rapport. Quelques-uns de ces vœux ont déjà reçu satisfaction. De ceux qui restent, un seul est pris en considération; il émane de la Société des Landes et est ainsi conçu :

« 1° L'Association générale est invitée à mettre à l'étude, au sein du Conseil général, la question des changements, des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale; 2° que, une fois son étude terminée, elle saisisse les pouvoirs publics en leur demandant, au nom du corps médical français, que le projet du code d'instruction criminelle qui organise, sur de nouvelles bases, la pratique de la médecine légale, soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement. »

— Lundi soir, répondant à l'aimable invitation de M. et Mme Henri Roger, les membres de l'Association se sont retrouvés en nombre dans le salon hospitalier du boulevard de la Madeleine. Ils ont eu la bonne fortune d'entendre et d'applaudir deux de leurs confrères, amis des Muses. Les médecins-poètes n'étaient pas rares autrefois, ils le deviennent de plus en plus aujourd'hui. On oublie qu'Apollon, dieu de la poésie, était aussi, avant son fils Esculape, dieu médecin. L'antique lien qui unissait ainsi la médecine à la poésie semble rompu, et c'est dommage: nous en appelons aux souvenirs des aînés de notre génération.

— Nous venons de parler, un peu plus haut, d'institutions propres à compléter et à perfectionner l'œuvre d'assistance de l'Association générale. En tête de celles-ci, il est permis de citer *la Caisse des pensions de retraite du corps médical français*. Elle a tenu aussi, dimanche dernier, sa réunion générale annuelle. En moins de dix ans d'existence, elle a amassé un capital d'environ 260,000 francs, et il est facile de prévoir que, à l'expiration des dix premières années, date fixée pour le début de son fonctionnement, elle sera en mesure de satisfaire à toutes les pensions et à toutes les charges prévues par les statuts. C'est certainement l'une des œuvres qui méritent le plus de fixer l'attention et d'attirer les suffrages du corps médical.

D^r F. DE RANSE.

# NOTES ET INFORMATIONS

PROJET DE RÉVISION DU DÉCRET RÉGLANT LES HONORAIRES EN MATIÈRE D'EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES. (Rapport de M. Motet.)

| DÉCRET DU 18 JUIN 1811<br>TARIF DES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES<br>*Des honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes.* | TARIF MODIFIÉ<br>UNIFORMÉMENT APPLICABLE A TOUTE LA FRANCE<br>*Des honoraires et vacations des experts médecins, chirurgiens sages-femmes, et des vacations des experts et interprètes.* |
|---|---|
| Art. 17. — Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir :<br>1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu :<br>Paris.............. Fr. 6 »<br>Villes de 40,000 habitants et au-dessus.. 5 »<br>Autres villes et communes............ 3 »<br>2° Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus des droits ci-dessus :<br>Paris.............. Fr. 9 »<br>Villes de 40,000 habitants et au-dessus ............ 7 »<br>Autres villes et communes..................... 5 » | Art. 17. — 1° Pour chaque visite et certificat immédiat ................ Fr. 10 »<br>2° Pour visite y compris examen à l'aide d'instruments spéciaux; pour visite et pansement..... 20 »<br>En plus des frais de dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2, sera payé par vacation ;<br>3° Il sera alloué aux médecins experts :<br>*a*) Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né ........... 15 »<br>*b*) Pour autopsie d'un adulte................ 30 »<br>*c*) Pour autopsie après exhumation ........... 50 »<br>En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit des dites autopsies sera payé par vacations. |
| Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées :<br>Paris.............. Fr. 3 »<br>Autres villes et communes.................... 2 » | Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées. Fr. 5 » |
| Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé. | Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé. |
| Art. 20. — Pour les frais d'exhumation de cadavres, on suivra les tarifs locaux. | Art. 20. — Supprimé. |
| Art. 21. — Il ne sera rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office. | Art. 21. — Supprimé. |
| Art. 22. — Chaque expert ou interprète recevra pour chaque vacation de trois heures, et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir : | Art. 22. — Chaque expert médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport lorsqu'il sera fait par écrit, savoir : |

Paris............. Fr. 5 »
Ville de 40,000 habitants et au-dessus............ 4 »
Autres villes et communes........................ 3 »

Les vacations de nuit seront payées moitié en sus.

Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.

Art. 24. — Dans le cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins, chirurgiens, etc., etc.

Art. 25. — Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des témoins, s'ils requièrent taxe.

Art. 27. — Pour chaque jour que le témoin aura été détourné de son travail ou de ses affaires, il pourra lui être taxé savoir :

Paris.............. Fr. 2 »
Ville de 40,000 habitants et au-dessus............ 1 50
Autres villes et communes...................... 1 »

*Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.*

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes. etc., etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée par chaque myriamètre parcouru, en allant et en revenant, savoir :

Pour les médecins, chirurgiens, experts, interprètes et jurés, à Fr. 2 50
2° Pour les sages-femmes, etc.

Art. 92. — L'indemnité sera fixé par myriamètre et demi-myriamètre. Les fractions de huit à neuf kilomètres seront comptées pour un myriamètre, et celles de trois à sept kilomètres pour un demi-myriamètre.

Une vacation de jour 7 fr.
Une vacation de nuit 10 fr.

Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.

Art. 24. — Conservé.

Art. 25. — Dans tous les cas où les experts médecins, chirurgiens, sages-femmes seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des experts, par vacation, s'ils requièrent taxe.

Art. 27. — Supprimé.

*Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.*

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au-delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant, savoir :

Pour les experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, 0 fr. 50.

Art. 92. — Supprimé.

Art. 93. — Pour faciliter le règlement de cette indemnité, les préfets feront dresser un tableau des distances en myriamètres et en kilomètres, de chaque commune au chef-lieu de canton, au chef lieu d'arrondissement et au chef-lieu de département, etc.

Art. 94. — L'indemnité de 2 f. 50 sera portée à 3 fr., et celle de 1 fr. 50 à 2 fr. pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février. (*Abrogé par décret, 7 avril* 1813.)

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage, par force majeure, ils recevront en indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

1° Ceux de la première classe Fr. 2 »
2° Ceux de la seconde classe Fr. 1 50

Ils seront tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants, ou par le maire, ou à son défaut par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en représenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

Art. 96. — Si les mêmes individus, autres que les jurés, etc., etc., sont forcés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera la procédure, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué pour chaque jour de séjour une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

1° Pour les médecins, chirurgiens, experts et interprêtes :

Paris.............Fr. 4 »
Ville de 40,000 habitants et au-dessus............ 2 50
Autres villes et communes...................... 2 »

*Du paiement et recouvrement des frais de justice criminelle.*

Art. 132. — Le mode de paiement diffère suivant leur nature et leur urgence ; il est réglé ainsi qu'il suit :

Art. 133. — Les frais urgents seront acquittés sur simple taxe et mandat du juge, mis au bas des réquisitions, copies de convocation ou de citations, états ou mémoires des parties.

Art. 93. — Pour faciliter le règlement, etc. (comme au décret) avec l'addition suivante

Pour les experts médecins, etc., ces distances seront calculées sur le nombre réel de kilomètres parcourus du lieu de la résidence de l'expert au lieu où se feront les opérations requises.

Art. 94. — Supprimé (*Décret du garde des sceaux, 14 décembre* 1842, 6 *février* 1862. — *Abrogé.*)

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

Les experts médecins, chirurgiens : 20 fr.

La fin comme au décret.

Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, dans celle où l'affaire sera jugée et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

Pour les experts médecins, chirurgiens, dans toute la France. Fr. 20 ».

*Du paiement et recouvrement des frais de justice criminelle.*

Art. 132. — Comme au décret.

Art. 133. — Comme au décret.

| | |
|---|---|
| Art. 134. — Sont réputés frais urgents : 1° Les indemnités des témoins et des jurés. 2° Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les parties prenantes ne sont pas habituellement employées | Art. 134. — Sont réputés frais urgents : 1° Les honoraires de visite et certificats, rapports, autopsies, vacations, indemnités de transport, d'arrêt forcé et de séjour des experts médecins, etc. 2° Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les experts médecins sont habituellement requis. Circulaire du garde des sceaux du 5 février 1860. — Abrogée. |
| 140. — Les formalités de la taxe et de l'exécutoire seront remplies sans frais, par les présidents, les juges d'instruction et les juges de paix, chacun en ce qui le concerne. L'exécutoire sera décerné sur les réquisitions de l'officier du ministère public, lequel signera la minute de l'ordonnance. | Art. 140. — Comme au décret. |
| Art. 141. — Les juges qui auront décerné les mandats ou exécutoires et les officiers du ministère public qui y auront apposé leur signature seront responsables de tous abus ou exagération dans les taxes, solidairement avec les parties prenantes, et sauf leur recours contre elles. | Art. 141. — Comme au décret. |
| Art. 142. — Les présidents et les juges d'instruction ne pourront refuser de taxer et de rendre exécutoire, s'il y a lieu, des états ou mémoires de frais de justice criminelle, par la seule raison que ces frais n'auraient pas été faits par leur ordre direct, pourvu toutefois qu'ils aient été faits en vertu d'un ordre d'une autorité compétente dans le ressort de la Cour ou du Tribunal que ces juges président ou dont ils sont membres. | Art. 142. — Comme au décret. |
| | Article additionnel. — Les honoraires, vacations ou indemnités des experts médecins auxquels donnera droit la réquisition écrite d'un officier de police administrative, faisant fonctions d'auxiliaire du procureur de la République, seront taxés comme frais urgents, et visés ainsi qu'il est dit à l'article 140. Ils seront payés par l'administration de l'enregistrement sur la présentation de l'exécutoire. Le décret du 7 avril 1813 et l'ordonnance du 28 novembre 1838 (articles 2 et 3), sont abrogés dans celles de leurs dispositions concernant les experts médecins, contraires aux dispositions ci-dessus. |

Le projet sur l'assistance médicale gratuite. — Ce projet dont M. Constans, ministre de l'intérieur, a définitivement arrêté le texte au cours d'une conférence qu'il a eue dimanche matin avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique, sera soumis, dès la rentrée du Parlement, aux délibérations de la Chambre.

L'École de santé de marine. — L'*Officiel* a publié le texte de loi relatif à la création d'une Ecole de santé de la marine.

La Commission chargée d'examiner sur place les titres des villes où sera établie l'École du service de santé de la marine, se composera selon toutes probabilités de MM. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé et président du Conseil supérieur de santé ; Treille, médecin inspecteur du corps de santé colonial et président du Conseil supérieur de santé des colonies ; et L.-A. Vincent, secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine.

La quarantaine du « Fulford ». — Les journaux politiques ont fait grand bruit ces jours-ci d'un incident qui ne le méritait guère. Nous voulons parler de la quarantaine de précaution qui a été imposée, au lazaret de Pauillac, à un bâtiment anglais, le *Fulford*.

Contrairement à ce qui a été dit, il n'y a pas eu de cas de choléra, à bord de ce bâtiment, depuis 2 décès cholériques survenus à bord, il y a plus de deux mois, pendant sa traversée.

Épidémie de fièvre typhoïde a Lorient. — Le directeur du service de santé au ministère de la guerre vient d'être envoyé à Lorient où une épidémie de fièvre typhoïde sévit sur le 62e de ligne. M. Dujardin-Beaumetz a constaté, paraît-il, que cette épidémie était, comme partout, occasionnée par la mauvaise qualité des eaux.

— Les journaux viennois annoncent que l'exercice de la médecine par des femmes vient d'être autorisé pour la première fois en Autriche. C'est l'empereur lui-même qui a autorisé Mme Rosa Kesrchbaumer à ouvrir à Salzbourg une clinique pour les maladies des yeux.

## NOUVELLES

*Concours du Bureau central (médecine).* — Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Babinski, Béclère, Bourcy, Charrin, Lebreton, Morel-Lavallée, Richardière, Robert, Siredey et Thibierge.

— M. le docteur Legroux, agrégé à la Faculté, a repris ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Ball reprendra ses cliniques à l'asile Sainte-Anne le dimanche 20 avril courant. Il traitera de la folie du doute.

***

*École de médecine de Poitiers.* — M. Chrétien, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie interne.

M. Brossard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*L'Anthropologie criminelle* a conquis une place parmi les sciences; son importance non seulement au point de vue scientifique; mais aussi au point de vue social ne saurait plus être contestée. Le professeur Lombroso, de Turin, chef de la nouvelle école qui a mis en lumière l'existence du *Criminel-né*, publie, dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, un volume où sont relatés les dernières découvertes et les plus récents progrès réalisés dans cet ordre de recherches.

Anomalies extérieures, insensibilité physique et morale, généalogie et antécédents héréditaires des criminels, parenté de la criminalité avec l'épilepsie, influence des climats et des races, examen des régimes pénitentiaires et de leurs effets sur la production des crimes, tels sont les principaux sujets traités par M. Lombroso.

Ce livre sera le complément de son ouvrage *l'Homme criminel*, dont la publication a produit une si grande impression et a suscité tant de discussions et d'objections auxquelles l'auteur répond victorieusement dans le volume intitulé *l'Anthropologie criminelle et ses récents progrès*, dont nous signalons l'apparition. (1 vol. in-18, 2 fr. 50, Félix Alcan.)

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 30 MARS AU 5 AVRIL 1890.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 3. — Rougeole, 48. — Scarlatine 6. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, cronp, 50. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses, 41. — Autres, 4. — Méningite, 50. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 43. — Bronchite aiguë, 38. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 40. — Pneumonie, 57. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 12. — Biberon 69. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 1. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 32. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 6, — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 9. — Total : 1079.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 12 AVRIL 1890.

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 5. — Rongeole, 49. — Scarlatine 7. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 232. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses, 44. — Autres, 5. — Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë, 28. — Bronchite chronique, 59. — Broncho-pneumonie, 35, — Pneumonie, 73 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 9 — Biberon, 39. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 34. — Suicides, 23. — Autres morts violentes, 8. — Autres canses de mort, 189. — Causes inconnues, 7. — Total : 1163.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A, DAVY, 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

DES

# EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisit, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commeutry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE CHIRURGICALE

### DU LIPOME TRAUMATIQUE,

Par le Dr Emile Laurent, ancien interne
à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

Depuis fort longtemps déjà, tons les auteurs se sont plu à reconnaître l'influence manifeste du traumatisme sur le développement des tumeurs et des lipomes en particulier.

Ainsi, en 1767, Chopart disait : « Les coups, les chutes, tout ce qui est capable d'atténuer la peau, de la relâcher au point qu'elle presse moins fortement la partie de membrane cellulaire qui se trouve dessous, d'affaiblir le ressort de ce tissu, produira la vraie loupe graisseuse » (1).

Un siècle plus tard, Broca disait à son tour : « Les pressions fréquemment répétées peuvent amener la formation d'un lipome. On sait que les portefaix ont fréqnemment des lipomes à la nuque et sur la face postérieure des épaules, par suite de la pression des fardeaux. » Mais Broca fait cette restriction : « L'action des causes locales mécaniques ne peut être révoquée en doute, mais elle ne s'exerce que dans la minorité des cas » (1).

(1) Prix de l'Académie de chirurgie de 1778. T. X, p. 154.

Malgré cette opinion presque unanime des auteurs, même ceux du siècle dernier, à admettre l'influence du traumatisme dans le développement des tumeurs graisseuses, il n'existe qu'un nombre fort restreint d'observations.

En 1859, Duchaussoy présenta à la Société anatomique une observation de lipome traumatique que plusieurs membres de la Société révoquèrent en doute et refusèrent d'admettre comme un fait probant. Il s'agissait d'un lipome du bras consécutif à une contusion (2).

Bellamy publia plus tard en quelques lignes un fait du même genre. Un joueur de cricket ayant reçu sur le côté interne de la cuisse gauche une balle lancée avec force, il vit se développer en ce point une tumeur graissense qui atteignit le volume d'une tête de fœtus (3).

Courtade rapporte également, dans l'*Union médicale*, l'observation d'une fille de 15 ans qui, à la snite d'une chute sur le genou à l'âge de 3 ans, vit un petit lipome se développer sur cette articulation (4).

Leclerc cite encore dans sa thèse l'histoire d'un charpentier qui, ayant reçu sur la nuque un morceau de bois, vit se développer en cet endroit un lipome qui conserva longtemps le

(1) P. Broca. *Traité des tumeurs*. Paris 1869. T. II, p. 386.

(2) Voyez Duchaussoy. *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 307.

(3) *Brit. med. Journ.* T. II, p. 723.

(4) *Union médicale*, 3e série. T. XXXV, p. 235.

## FEUILLETON

### L'Hospitalisation des enfants a Londres et les hopitaux dispensaires.

(*Suite*) (1)

### III

#### Fonctionnement des Dispensaires dans les Hopitaux-Dispensaires.

Dans les hôpitaux dispensaires pour enfants de Londres, le service d'hospitalisation et le dispensaire forment deux sections solidaires mais indépendantes.

Les salles, nous l'avons déjà dit, apparaissent comme une annexe du dispensaire où l'on recueille les enfants qui ne peuvent absolument recevoir d'autres soins. Mais l'installation et le fonctionnement du dispensaire sont tels qu'ils pourraient être séparés du reste de l'hôpital en conservant leur individualité. Il n'y a, en effet, aucune communication, aucune connexité nécessaire entre les locaux destinés à la consultation externe et les salles des petits malades hospitalisés.

(1) Voir les numéros 14, 15 et 16.

De plus, le personnel médical, chirurgical et des serviteurs est absolument distinct pour les deux services.

C'est là une différence radicale avec la condition de nos hôpitaux d'enfants de Paris où la consultation externe est faite par les mêmes médecins qui soignent les malades hospitalisés.

Chez nous, la consultation externe est faite surtout en vue du recrutement des malades à l'hôpital.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée exacte de l'extrême importance du rôle des dispensaires dans ces hôpitaux d'un nouveau genre, que de relever quelques chiffres :

A Victoria Hospital le nombre des enfants traités au dispensaire a été de 41.031 pour 696 hospitalisés ;

Il y a 15.000 consultations pour 1000 malades admis à Hospital for sick children;

volume d'une noix et finit par acquérir le volume d'une tête de fœtus (1).

Mais, pour rencontrer un fait précis et vraiment scientifique, il faut arriver à la belle observation que Rehoul présenta en 1888 à la Société anatomique de Paris (2).

Il s'agit d'un homme de 50 ans, qui reçut un choc de wagon sur la région trochantérienne gauche. La région devint très douloureuse, et pendant un certain temps, la marche fut impossible. Néanmoins, un mois après, le malade pouvait reprendre son service, au mois de février 1888. Au mois de juin de la même année, il éprouve un peu de gêne et de douleur dans les mouvements, et il remarque que la région trochantérienne gauche s'empâte légèrement. Il entre de nouveau à l'hôpital, présentant une tuméfaction diffuse de la région. Il sort au bout d'un mois un peu amélioré. Nouvelle entrée en octobre 1888, et cette fois, on constate une tumeur large, diffuse, ayant tous les caractères de la tumeur graisseuse. Le malade fut opéré et la tumeur examinée au microscope : on reconnut qu'il s'agissait d'un lipome pur, lobulé (3).

Dans le cas que j'ai observé, il n'y eut pas d'opération et la tumeur n'a pu, par conséquent, être examinée histologiquement. Je crois néanmoins, d'après la marche et les symptômes, qu'il ne saurait y avoir de doute et qu'il s'agit bien d'un lipome. J'ai donc pensé qu'il serait intéressant de la rapprocher des précédentes.

*Observation.* — C..., 44 ans, ajusteur-mécanicien, né à Roubaix, entre le 25 octobre 1888, à l'infirmerie de la Santé, dans le service du Dr Petit.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie. Sa mère qui était, paraît-il, emphysémateuse, est morte des suites d'une pleurésie purulente qui avait nécessité l'empyème. Une de ses sœurs est morte à 20 ans phthisique. Un frère et quatre autres sœurs tous bien portants.

Parmi les antécédents personnels de C..., nous ne trouvons guère à relever que quelques accès de fièvre intermittente en Afrique. De plus, il assure qu'il aurait été paralysé pendant quatre mois il y a quelque temps; mais il est impossible d'obtenir de lui des renseignements précis sur la nature de cette paralysie.

Enfin, C... a fait beaucoup d'excès de boisson; il a bu en particulier de grandes quantités de genièvre. Il aurait même eu deux accès de delirium tremens. Dans tous les cas, il a encore actuellement des pituites presque tous les matins, et ses nuits sont troublées par des cauchemars terrifiants.

En 1870, pendant la guerre avec l'Allemagne, C... qui était soldat, reçut des coups de crosse de fusil sur la partie droite de la poitrine. Cette région fut pendant longtemps douloureuse et il assure qu'il en souffrit beaucoup. Deux mois après l'accident, la région s'empâta et on vit apparaître une tuméfaction diffuse qu'on prit d'abord pour un abcès. Au dire du malade, la tumeur avait à ce moment à peu près le volume d'un œuf de poule. Elle alla ensuite en augmentant graduellement. Depuis, le malade n'a jamais éprouvé de gêne ou de douleur dans cette région.

Lorsque j'examine le malade avec le Dr Variot, alors médecin de l'infirmerie centrale des prisons, je constate une tumeur volumineuse siégeant du côté droit de la poitrine en avant, à la partie inférieure du sternum et au niveau des fausses côtes. Elle s'étend à gauche jusqu'à la ligne blanche qu'elle ne dépasse pas et où elle se trouve arrêtée par une démarcation très nette. On sent le long de la ligne blanche six ou huit petites tumeurs très dures, peu mobiles, du volume d'un pois environ. Ces tumeurs sont vraisemblablement de petits lipomes qui reposent sur l'aponévrose très résistante en ce point. A droite, la tumeur envahit une partie du côté droit et dépasse d'environ trois travers de doigt une ligne perpendiculaire qui serait abaissée du mamelon. En bas, elle dépasse d'environ trois travers de doigt le rebord des fausses côtes et en haut, elle s'étend jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde. En résumé, cette tumeur a assez régulièrement la forme d'un triangle dont la base serait la ligne blanche et dont les côtes iraient se rejoindre pour former le sommet sur le côté droit de la poitrine. La base du triangle mesure 16 centimètres, le côté supérieur 16 et le côté inférieur 18. Les côtés ne sont pas exactement rectilignes comme la base; ils présentent une légère incurvation, surtout le côté inférieur. De plus, les bords ne sont pas nettement tranchés comme au ni-

(1) Leclerc. *Contusions et néoplasmes*. Thèse de Paris, 1882.

(2) Rehoul. *Lipome d'origine traumatique. Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 842.

(3) Voyez encore Ozenne : *Contribution à l'étude de l'origine traumatique des lipomes*. In *Journal de médecine de Paris*, 1er mai 1889.

---

A North Eastern Hospital for children 709 admis, 62,748 consultations externes ;

A Evelina 29.000 consultations pour 784 admissions. En totalisant les chiffres des enfants traités dans les dispensaires de divers petits hôpitaux, on arrive à plusieurs centaines de mille.

Il est impossible à Paris, étant donné notre fonctionnement hospitalier actuel, de distribuer aussi libéralement les conseils hygiéniques et médicaux aux enfants de la classe nécessiteuse. L'installation et l'aménagement de ces dispensaires sont fort simples. Une immense salle d'attente bien éclairée est garnie de bancs. Toutefois les précautions prises pour éviter la contagion nous ont semblé insuffisantes. Le cabinet du médecin est confortable et pourvu de l'outillage nécessaire pour un diagnostic rapide.

Le chirurgien dispose en outre d'une salle d'opération dans laquelle on administre le chloroforme quand il le juge utile. Un très grand nombre d'enfants sont ainsi opérés et remportés dans leur famille.

La pharmacie est pourvue de tout ce qui est nécessaire pour exécuter immédiatement les prescriptions du médecin et du chirurgien. Les médicaments sont délivrés à peu près gratuitement : on exige seulement un penny pour le flacon.

Les installations pour les bains, l'hydrothérapie, etc., sont suffisantes, mais ne rappellent en rien le luxe que Madame Heine a déployé dans les mêmes parties de son bel établissement à Paris.

Les consultations sont quotidiennes pour la médecine comme pour la chirurgie ; commencées vers 9 h. elles se terminent vers midi.

Nous retrouvons dans le dispensaire, aussi bien que dans les salles de l'hôpital, un personnel médical nombreux, spécialisé et indépendant.

Trois médecins ou assistants médecins et deux chirurgiens consultent à tour de rôle. Un oculiste, un dentiste, et parfois même un dermatologiste sont adjoints.

C'est ordinairement parmi les médecins ou chirurgiens du dispensaire, après un stage plus ou moins long, que sont choisis les médecins qui doivent visiter les enfants malades hospitalisés. Dans ces établissements, on le voit, la division du travail est poussée fort loin. Les spécialistes ont accès dans le dispensaire à côté des médecins et des chirurgiens.

veau de la ligne blanche; ils vont en se perdant dans les tissus ambiants.

A l'examen, on ne constate pas de changement dans la coloration de la peau et le système pileux est à peu près également développé des deux côtés, du côté de la tumeur et du côté opposé. La tumeur est très irrégulièrement bosselée et, lorsque le malade fait un effort, ces bosselures deviennent encore plus apparentes.

A la palpation, on sent nettement un grand nombre de tumeurs mollasses de volume inégal : les unes, en grand nombre, grosses comme des œufs de pigeon ; les autres, les plus volumineuses, grosses comme des œufs de poule; d'autres enfin, les plus petites, grosses comme des noisettes. En palpant certaines régions de la tumeur, on a une sensation bizarre, analogue à celles que donneraient un varicocèle ou des paquets de grosses varices. Dans certains points, on sent de petites tumeurs dures, peu mobiles, du volume d'un pois ou d'une noisette, analogues à celles qu'on constate au niveau de la ligne blanche.

Sans être absolument adhérente, la peau qui recouvre la tumeur est peu mobile. Celle-ci repose sur les aponévroses et semble ne pas présenter d'adhérences avec les parties profondes.

Il existe sur la tumeur de grosses veines formant des lignes bleu foncé très apparentes. Lorsque le malade respire largement ou fait un effort, elles forment une saillie très accusée et donnent pour ainsi dire à la tumeur l'aspect d'une tumeur veineuse. De plus, au-dessus de la tumeur, sur la poitrine, il existe une véritable circulation collatérale assez marquée. Rien de semblable n'existe du côté opposé. Aucune opération n'a été faite et la tumeur n'a pu être examinée histologiquement. Néanmoins, le diagnostic me paraît absolument certain et M. Variot n'admit pas qu'il pût y avoir de doute. On ne pouvait penser à une tumeur liquide, veineuse par exemple : je fis avec la seringue de Pravaz une ponction qui ne donna absolument rien.

Sans entrer ici dans la discussion de la pathogénie et de la formation des tumeurs lipomateuses, je me contenterai de citer l'opinion de Virchow qui considère les lipomes comme de nature irritative. Cette idée semble, en effet, découler des faits que je viens de citer. En effet, si le lipome naît d'un processus irritatif, cette irritation peut bien résulter d'une action traumatique. Le raisonnement et les faits cliniques se corroborent ainsi mutuellement.

## PATHOLOGIE MENTALE

### LES RÉGICIDES DANS L'HISTOIRE ET DANS LE PRÉSENT.

ETUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

par le Dr Emmanuel Régis (1).

*(Suite et fin.)*

*Délire de persécution antérieur.* — L'état mental des régicides se résume donc dans un délire mystique spécial, pouvant s'accompagner d'hallucinations à caractères également particuliers.

Le plus ordinairement, ce délire est primitif, et s'il s'y joint d'autres conceptions morbides, telles par exemple que les idées de persécution, elles ne sont que surajoutées et secondaires. Parfois cependant, il n'en est pas ainsi, et on voit le délire mystique qui fait les régicides survenir chez des individus déjà aliénés. Ici encore, il s'agit de déséquilibrés héréditaires, persécutés raisonnants pour la plupart, qui, par le fait même de l'évolution ou de l'extension de leur délire, deviennent consécutivement mystiques et régicides.

C'est là une simple variété du type habituel, mais qu'il n'est pas sans intérêt de signaler et de connaître.

L'exemple le plus frappant, dans l'ordre politique, est *Aubertin*, dont voici l'histoire résumée empruntée à son *autobiographie*, dont je dois encore la communication à l'obligeance du Dr Deny. Aubertin est un persécuté raisonnant, non halluciné, qui se plaint violemment d'un certain nombre d'individus ayant été plus ou moins mêlés à son existence, et les poursuit de sa haine et de ses injures. Or, petit à petit, par un processus psychologique qui n'a rien de surprenant chez des orgueilleux de cette espèce, il en arrive à se hausser jusqu'à personnifier la France en lui, prêtant au gouvernement ses propres adversaires politiques et concevant l'idée de leur infliger un châtiment. Le voilà dès lors doublement délirant : persécuté, persécuteur pour son propre compte, mystique fanatique pour le compte de l'Etat. C'est dans cette situation

(1) Voir le numéro précédent.

---

Outre les remèdes qui sont fournis à titre gratuit et immédiatement, on distribue dans certains hôpitaux dispensaires, à Victoria notamment, de petites instructions imprimées, contenant des conseils aux mères, pour vêtir, baigner et surtout alimenter leurs enfants.

Les frais nécessités par ces dispensaires, dont la clientèle est immense, ne sont pas très élevés. Le budget annuel total ne dépasse pas 20.000 francs en moyenne, et parfois, il est au dessous de ce chiffre (1).

Il ressort de cette vue d'ensemble, que les petits hôpitaux d'enfants malades à Londres, sont avant tout des dispensaires. Mais ce sont des dispensaires complétés par quelques salles pour l'hospitalisation, dans les cas les plus urgents et les plus graves. La très grande majorité des enfants ne vient chercher à l'hôpital qu'une direction hygiénique ou médicale ; elle reçoit les soins incessants de la famille que rien ne saurait remplacer à cet âge.

(1) Les chiffres que nous citons, au cours de ce rapport, de même que les autres renseignements sont puisés, pour une large part, dans les notices annuelles publiées par chaque hôpital.

### IV

SERVICES D'ENFANTS DANS LES GRANDS HÔPITAUX DE LONDRES.

A Saint-Barthélemy et à Saint-Thomas, une petite section est réservée aux enfants. Mais c'est là un service de peu d'importance, relativement aux autres départements de l'hôpital.

On hospitalise les enfants dans ces grands centres hospitaliers, qui sont en même temps des centres universitaires, en vue de l'instruction complète des étudiants en médecine. Nous croyons devoir rappeler, à ce sujet, que chaque grand hôpital de Londres représente une école de médecine, dans laquelle les étudiants commencent et achèvent toutes leurs études. Comme les hôpitaux-dispensaires pour enfants, à l'exception de *the Hospital for sick Children*, sont fermés au public, on voit ainsi la nécessité de recevoir un petit nombre d'enfants malades dans les grands hôpitaux généraux.

A Saint-Thomas, le quartier réservé aux enfants se compose d'une seule salle de 32 lits où sont admis des malades de 2 à 10 ans. Les affections chirurgicales sont groupées dans une rangée, les affections médicales dans l'autre. Plusieurs médecins e

d'esprit qu'il dresse une liste commune de seize ennemis, dont treize privés, et trois publics, après les avoir condamnés à des peines variant avec leur culpabilité présumée, et que, s'en rapportant comme il dit « à la loterie de sa justice sommaire », il les tire au sort dans son chapeau, pour savoir par qui commencer. C'est le nom de Jules Ferry, condamné à mort pour crime de lèse-patrie, qui émerge le premier de cette urne étrange, et Aubertin, en fidèle justicier, s'empresse d'exécuter sa sentance. Les deux noms suivants étaient ceux d'ennemis personnels, condamnés à avoir « les deux pattes cassées aux genoux ». Chacun ainsi devrait avoir son tour.

Un autre type du genre, dans l'ordre religieux, est l'abbé *Verger*, l'assassin de Mgr Sibour. Comme Aubertin, il est fils de suicidés, et compte de nombreux aliénés dans sa famille; comme lui, il est atteint de délire de persécution à forme raisonnante. Tous ceux avec qui il a vécu, ses confrères surtout, sont ses ennemis; il les accuse de toutes sortes de méfaits, et ne recule devant aucune calomnie, si infâme qu'elle soit, pour les perdre. Frappé, au mois d'août 1855, d'un retrait de pouvoir en raison de son inqualifiable conduite, il adresse plaintes sur plaintes aux autorités, et fatigue l'archevêché et le parquet de ses réclamations désespérées. Un jour entre autres, le 3 février 1856, il va se placer dans l'église de la Madeleine, portant sur la poitrine une pancarte sur laquelle étaient écrits en latin ces mots de l'Evangile : « J'ai froid, et ils ne m'ont pas vêtu; j'ai faim et ils ne m'ont pas donné à manger ». A la suite, et en français, il avait ajouté cette phrase : « Je ne suis ni suspendu ni interdit, et pourtant on me laisse mourir de faim. »

Jusque-là, Verger n'est que persécuté raisonnant; il n'a que des ennemis personnels, et toutes ses conceptions délirantes se limitent sur ce point. Voici venir maintenant le délire mystique; le voici qui va prendre en main la cause de la religion, comme Aubertin celle de la patrie. Le Pape vient de proclamer un dogme nouveau, celui de l'Immaculée-Conception. Du haut le son orgueil, Verger proteste et publiquement, par la plume, il fulmine avec violence contre le souverain pontife et la nouvelle croyance. A dater de ce moment il se fait le champion de deux causes, la sienne et celle de Dieu; et tandis qu'il jette l'anathème aux auteurs de son interdiction, il venge la religion outragée en assassinant l'archevêque de Paris en pleine église, au cri significatif de : « Pas de déesses! A bas les déesses! », ne regrettant, dit-il, qu'une chose, c'est de n'avoir pu aller à Rome, pour frapper une autre et plus illustre tête.

Le trouble mental de l'abbé Verger ne pouvait faire de doute pour personne, car à ne pas tenir compte de son origine morbide, sa vie tout entière n'était elle-même qu'un long tissu d'insanités. Pourtant, il fut condamné à mort, sans qu'aucune voix autre que celle de son défenseur, Me Nogent Saint-Laurens, osât plaider la folie de ce malheureux. La faute en est, non pas comme on le croit généralement, d'après une assertion erronée de Tardieu et de Brierre de Boismont, à ce que les médecins ne furent pas appelés à intervenir, mais à ce que, à cette époque, ils ne connaissaient que très imparfaitement cette variété de folie de persécution à forme lucide ou raisonnante, que Jules Falret et son élève Pottier ont depuis si bien mise en lumière. Déjà, en 1856, un an avant l'attentat, à la suite du scandale du « prêtre mendiant » à l'église de la Madeleine, Lasègue, l'illustre créateur du délire de persécution, avait longuement examiné l'abbé Verger et, malgré une certaine hésitation, avait déclaré qu'on n'avait pas affaire à un fou, mais à un homme dangereux.

Plus tard, après la sentence, l'empereur fit appel à une commission de médecins pour constater une fois de plus, d'après les faits du procès, l'état du condamné. Le rapport du Dr Conneau conclut que Verger jouissait du libre exercice de sa raison. Dès lors, l'assassin fut conduit au supplice. (A. Fouquier. *Causes célèbres*.)

L'histoire de l'abbé *Galeote*, qui, le 15 avril 1886, a assassiné l'évêque de Madrid, Martinez Izquierdo, est pour ainsi dire le pendant de celle de Verger. Cette fois encore, c'est un prêtre interdit, à raison de son attitude et de ses excentricités, qui assiège ses supérieurs de ses réclamations et veut inonder la presse espagnole d'écrits sans nombre où il expose ses griefs et sa pauvreté. Comme Verger, il se pose en victime, puis en réformateur et croit être devenu l'interprète de la parole divine. Comme lui, c'est à la fois pour venger son honneur et la religion qu'il tue son évêque sur le seuil même de l'église et cela froidement, sans manifester par la suite ni regrets ni repentir. Ainsi que cela a lieu dans la plupart des procès concernant les régicides, les médecins ne s'accordent pas sur son état mental, les uns le déclarant fou, les autres responsables; son avocat seul plaide énergiquement le délire, et la condam-

---

chirurgiens donnent leurs soins aux enfants dans cette salle commune.

Une petite salle écartée est occupée par les enfants atteints de diphthérie. Toutes les autres maladies contagieuses sont exclues.

L'aménagement de la salle d'enfants malades à Saint-Thomas est remarquable. Les petits lits en fer sont pourvus de tables mobiles en bois qu'on fixe sur les montants du lit, et qu'on peut accrocher au lit. Ces tables, que nous voudrions voir adoptées à Paris, servent aux enfants, non seulement à prendre leurs repas, mais aussi à étaler leurs jouets.

La lumière et la ventilation sont parfaites.

Les murs sont couverts de lithographies et de dessins récréatifs, et, au milieu de la salle, il y a une véritable profusion de fleurs et de plantes vertes. De petites montagnes russes en miniature servent à la distraction des enfants.

Nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé, si nous voulions décrire les moyens employés à Londres pour secourir les enfants abandonnés. Cependant, nous avons visité dans un des *Work-House* les plus importants de la cité, une crèche où sont recueillis des enfants trouvés. Ces enfants ne sont là que de passage et envoyés à la campagne.

*Foundling Hospital* est une école d'enfants assistés où plus de trois cents enfants des deux sexes sont recueillis et élevés jusqu'à l'âge de 15 ans. Cet établissement, fort ancien, est installé dans des bâtiments d'aspect monumental, élevés au milieu d'un grand parc, dans un des quartiers du centre de la ville.

Tout ce que nous avons vu, dans notre inspection rapide, nous porte à croire que *Foundling Hospital* est un véritable modèle des écoles de ce genre.

(*A suivre.*)

nation à mort une fois prononcée, alors que les signes de la folie deviennent de plus en plus manifestes, il ne cesse de réclamer un nouvel examen des aliénistes et en dernière ressource, une commutation de peine.

Ces individus, on le voit, sont des régicides d'une espèce particulière. Au lieu d'arriver directement au mysticisme fanatique et meurtrier, ils y arrivent indirectement et par le chemin du délire raisonnant de persécution. A ce point de vue, on pourrait à la rigueur les considérer comme des individualités mixtes, tenant le milieu entre le persécuté raisonnant ou faux régicide et le vrai régicide, pur de tout alliage vésanique.

CONCLUSIONS MÉDICO-LÉGALES.

Me voilà au terme de cette étude, dans laquelle j'ai eu surtout pour but de déterminer les principaux caractères psychologiques et cliniques des régicides, tels qu'ils résultent de leur examen comparatif, dans l'histoire et dans le présent. Cette étude, en montrant ce que sont ces êtres, et quels mobiles les font agir, pourra être de quelque utilité, je l'espère, dans l'appréciation médico-légale des attentats futurs. Mais elle nécessite, à ce point de vue, une conclusion pratique, et c'est par là que je veux terminer.

Que doit-on faire des régicides?

Autrefois, malgré la vague idée qu'on avait de leur folie, on les condamnait, comme on l'a vu, au supplice le plus horrible, celui des parricides, non seulement dans le but de les punir, mais aussi pour faire un exemple. Plus près de nous, les rois ont été tentés, à diverses reprises, d'user d'indulgence en faveur de leur état d'esprit. C'est ainsi que, d'après Michelet, Louis XV eut un instant l'idée de faire enfermer Damiens. C'est ainsi que Napoléon eût voulu faire grâce à Staaps. « Vous allez voir, dit Bonaparte que c'est un malheureux atteint de folie ou d'imbécillité. » L'empereur penchait, dit-on, vers la clémence; mais son entourage militaire insista fortement sur la nécessité de contenir, par un exemple, les dispositions de la jeunesse allemande ». Pour la Sahla, Napoléon tint bon, et se contenta de le faire enfermer à Vincennes, d'où il ne sortit du reste, quelques années après, que pour projeter un nouvel attentat. Le souverain avait dicté cette note assez curieuse en marge du rapport qui lui fut transmis par le ministre Rovigo : « Il ne faut pas ébruiter cette affaire afin de n'être pas obligé de la finir avec éclat. L'âge du jeune homme est son excuse; on n'est pas criminel d'aussi bonne heure lorsqu'on n'est pas né dans le crime. Dans quelques années, il pensera autrement, et on serait au regret d'avoir immolé un étourdi et plongé une famille estimable dans un deuil qui aurait toujours quelque chose de déshonorant. Mettez-le à Vincennes, faites-lui donner les soins dont il paraît que sa tête a besoin, donnez-lui des livres, faites écrire à sa famille et laissez faire le temps; parlez de cela avec l'archichancelier qui est un bon conseil. » (*Mémoires de Rovigo*, t. V. p. 100.)

Louis-Philippe désirait également gracier Alibaud, et il se contenta d'envoyer Meunier en Amérique. Napoléon III eût voulu agir de même à l'égard d'Orsini. Quant aux régicides récents, Oliva, Otero, Passanante, Guiteau, Galeote, Hillairand, ils ont, malgré leur trouble d'esprit, été condamnés à des peines plus ou moins sévères. Il est vrai que les médecins eux-mêmes, trompés par leur apparente lucidité et influencés, il faut bien le dire, par la nature de l'attentat, s'étaient chaque fois trouvés en désaccord sur leur compte et avaient hésité à les déclarer aliénés, ne voyant pas que c'étaient des êtres à part, dont le vrai caractère et la vraie place dans le cadre pathologique ne pouvaient être déterminés et appréciés que par une étude comparative et approfondie des uns avec les autres (1).

Quoi d'étonnant, après cela, si, malgré les éloquentes protestations des défenseurs, les juges ont appliqué à ces malheureux toute la sévérité des lois et si les monarques euxmêmes ont été impuissants à leur faire grâce?

La science et l'humanité abdiquant leurs droits, il ne reste plus que la *raison d'Etat*, cette chose aveugle et implacable devant laquelle tout doit céder et disparaître.

Sans elle, Oliva eût été gracié, sans aucun doute. « On aurait vu avec satisfaction, dans toutes les sphères de la société espagnole, un *indulto* royal; mais il paraît que M. Canovas del Castillo a fait prévaloir la *raison d'Etat* auprès du jeune monarque et que les répugnances de ce dernier ont été vaincues par la considération qu'évoquait le même ministre. Le principal argument de M. Canovas était que l'empereur Guillaume n'avait pas fait grâce à Hœdel et que, pour ce motif, un *indulto* pourrait paraître, aux yeux de certains, comme un blâme indirect à l'adresse du puissant souverain allemand. »

Pour Otero, mêmes difficultés. « Le roi et la reine auraient voulu lui faire grâce, mais le Conseil des ministres, après deux heures d'examen, a décidé, à l'unanimité, qu'il ne pouvait conseiller au roi de le grâcier... La reine et la princesse des Asturies font de vives instances pour obtenir du roi la grâce d'Otero, mais le Cabinet a dû obéir à la *raison d'Etat* et à des considérations de politique étrangère. »

Et voilà comment des malades, comme Oliva, Otero, Passanante, Guiteau, Hillairaud, Galeote ont été condamnés pour un attentat dont ils n'étaient certainement pas responsables!

Si cette affirmation paraissait hasardée, si, malgré les nombreuses preuves cliniques que nous avons déjà données du trouble mental des régicides, il était possible de conserver encore quelque hésitation à cet endroit, un dernier fait suffirait à lever tous les doutes, c'est le suivant :

La plupart des régicides ont, comme on sait, payé de leur vie leur impulsion morbide et bien peu ont échappé à la mort infamante des criminels. Or, que sont devenus ces tristes privilégiés?

La Sahla, après deux tentatives avortées de régicide, se jette à l'eau dans un accès de délire et finit ses jours à l'hôpital, atteint de fièvre ataxique lente nerveuse, c'est-à-dire d'affection mentale bien caractérisée.

Galeote, aussitôt après sa condamnation, voit sa folie se changer en véritable fureur. « Il a, dit le journal, des attaques de nerfs presque constantes. Il pousse des cris terribles dans sa cellule. Il chante et prêche pendant une partie de la journée. Quand il se croit interrompu par l'auditoire qu'il harangue du haut d'une table, il crie : « Laissez-moi expliquer la parole divine, n'interrompez pas! » Quand il est harassé, fatigué, ne pouvant plus parler, il tombe dans une léthargie de courte durée et recommence à discourir. Son état devient tellement net, qu'à la suite d'un nouvel examen médical, pratiqué sur les instances du défenseur, il est enfin interné dans un asile d'aliénés.

Et Passanante, veut-on savoir ce qu'il est devenu après dix ans écoulés? Le Dr Virgilio va nous le dire, d'une façon aussi précise qu'éloquente : « Par une étrange et singulière contradiction, de régénérateur du monde qu'il se croyait, il est tombé dans la plus sombre et la plus dégradante démence.

(1) Caporali est actuellement soumis à l'examen des médecins aliénistes. Puisse l'accord des experts se faire à son endroit.

D'après ce que m'ont rapporté des témoins oculaires, c'est en vain qu'on chercherait sur son front la lueur d'une pensée ; il est indifférent à sa position actuelle, sans besoins, sans volonté, sans espoir, sans affection, sans souffrance... Il y a plus : il a perdu tout sentiment de pudeur et de personnalité, et finalement, jusqu'à la simple idée instinctive du choix de sa nourriture : il pétrit et mange ses propres excréments ! Pourtant, cruelle ironie, le directeur de Portoferraio, qui l'inscrit toujours au nombre de ses *forçats*, scrupuleusement fidèle à la lettre de la loi, perpétue la comédie ridicule de deux gardiens commis de nuit et de jour à la surveillance de celui qui vit encore, il est vrai, mais d'une vie qui semble déjà à la veille de son déclin (1) ». — Voilà ce qu'est devenu le trop célèbre criminel de la *Carriera grande* ! Voilà ce que deviennent les régicides, lorsqu'ils survivent, car je ne doute pas qu'Hillairaud, dont le sort actuel m'est inconnu, ne finisse lui-même un jour comme Galeote, Passanante et la Sahla !

Cela étant, je le répète, que doit-on faire des régicides ?

Il n'est pas admissible que, dans une question de ce genre, on se préoccupe avant tout de l'idée de faire un exemple. D'ailleurs, l'histoire est là pour prouver que le supplice d'un régicide n'a jamais arrêté la main d'un régicide, bien au contraire, car c'est avant tout la gloire du martyre que recherchent ces fanatiques, et comme ils le disent avec raison : « Les idées s'arrosent avec du sang ». D'autre part, faire grâce n'est guère plus efficace à ce point de vue : le fait de la Sahla suffit à l'établir. La plupart des régicides, interrogés, ont affirmé qu'ils recommenceraient si c'était à refaire.

Dans ces conditions, il convient de se placer sur le terrain purement scientifique et de juger toujours, non pas le crime, mais le criminel.

Or, que nous apprend la science à ce point de vue ?

Elle nous montre, comme nous venons de le voir, que les régicides sont des désharmoniques ou des dégénérés héréditaires, à tempérament mystique, qui, égarés par un délire politique ou religieux compliqué parfois d'hallucinations, se croient appelés au double rôle de justiciers et de martyrs, et, sous l'empire d'une obsession à laquelle ils ne sont pas libres de résister, en arrivent à frapper un grand de la terre au nom de la patrie.

Elle nous montre, en un mot, que ces individus sont des anormaux, généralement des mattoïdes ou demi-fous, et que, s'ils deviennent criminels, c'est uniquement parce qu'ils sont malades.

Dès lors, la conclusion est facile à tirer dans tous les cas. Lorsque le régicide est manifestement délirant et halluciné, comme Jacques Clément, Ravaillac, Staaps, Guiteau, etc., l'hésitation n'est pas permise et l'internement dans un asile d'aliénés est une mesure qui s'impose. C'est là, d'ailleurs, ce que redoute le plus le régicide ; un pareil traitement brise son orgueil, parce qu'il considère comme une honte d'être traité en fou, lui, héros et martyr. Si l'on voulait un exemple, ce serait assurément là le meilleur.

Quant aux autres régicides, à ceux que Laschi appelle des régicides par passion et qui sont en réalité des malades, bien qu'à un moindre degré, c'est du cas particulier qu'il convient, avant tout, de s'inspirer. En thèse générale, ces individus étant des déséquilibrés et leur acte un acte anormal qui montre combien ils peuvent être dangereux pour la société, la solution la plus conforme aux données de la science et à l'intérêt public, consisterait à les placer, pour le temps nécessaire et avec les garanties médico-judiciaires légales, dans l'un de ces asiles d'aliénés criminels dont certains pays comme l'Ecosse et l'Angleterre sont depuis longtemps dotés, et que la grande majorité des spécialistes réclament en France et en Italie comme un intermédiaire indispensable entre la prison et l'asile proprement dit. Ainsi cesseraient à tout jamais ces controverses et ces conflits qui divisent depuis tant d'années la science et la justice, controverses et conflits qui ont pour résultat, dans un siècle comme le nôtre, de livrer au supplice un régicide aliéné, ou de le jeter à perpétuité dans une prison où il donne au monde le triste spectacle d'un forçat parvenu au dernier degré de la dégradation et de la démence.

(1) Après l'extrait de ce mémoire paru en janvier dans les *Archives d'Anthropologie Criminelle*, j'ai reçu du professeur Tamburini, le célèbre aliéniste italien, une lettre m'informant que Passanante a été transféré, à la fin de mai 1889, dans le manicome criminel de l'*Ambrogiana*, en suite d'un examen médico légal, pratiqué par les professeurs Biffi et Tamburini sur l'ordre du Ministre de l'Intérieur.

J'ai remercié mon honorable confrère de sa précieuse rectification dont je lui sais d'autant plus gré qu'elle confirme l'état actuel de Passanante. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer, d'une part, que c'est peut-être grâce au bruit fait par la brochure du Dr Virgilio autour de Passanante que le sort de ce malheureux a enfin changé et que, d'autre part, les médecins qui viennent de conclure actuellement à sa folie et à son internement étaient précisément au nombre des premiers experts qui, il y a dix ans, avaient conclu à l'absence d'hérédité et de folie chez le célèbre régicide italien.

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### SUR UN BACILLE PSEUDO-TYPHIQUE TROUVÉ DANS LES EAUX DE RIVIÈRE

Note de M. Cassedebat, présentée par M. Ranvier.

En me livrant à la recherche du bacille typhique, dans les eaux d'alimentation de la ville de Marseille, j'ai rencontré un bacille présentant une telle ressemblance avec celui de la fièvre typhoïde qu'il m'a paru intéressant de l'étudier de plus près (1).

Les cultures sur gélatine de ces deux microbes offrent la plus grande ressemblance ; au début il est même impossible de les distinguer ; ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours seulement que les colonies typhiques prennent une teinte un peu plus jaune : c'est là la seule différence constante que j'aie pu observer.

Ce qui augmente encore les similitudes entre ces deux bactéries, c'est qu'en transportant les unes et les autres colonies sur *pomme de terre*, le développement des deux se fait *d'une façon absolument identique*, même en continuant l'observation pendant plusieurs semaines.

En employant les méthodes préconisées dans ces dernières années, tout d'abord par Chantemesse et Vidal, puis par Kitasato, pour faciliter les recherches du bacille typhique dans l'eau, c'est-à-dire en me servant de gélatine non neutralisée et additionnée de 2 pour 1000 d'acide phénique, j'ai obtenu pour les deux bacilles un développement également

(1) Ces recherches ont été faites dans le laboratoire municipal de bactériologie de Marseille, à l'instigation et sous le contrôle de M. le professeur Rietsch ; je suis heureux de pouvoir le remercier de ses savants conseils et du précieux concours qu'il a bien voulu me prêter.

rapide et des colonies entièrement semblables pendant les premiers jours; ce n'est que plus tard qu'on arrive à les distinguer et encore seulement par la coloration un peu plus jaune des colonies typhiques, déjà signalée.

Mon bacille pseudo-typhique ne liquéfie pas plus la gélatine que le microbe d'Eberth, même après plusieurs mois; il se comporte aussi comme ce dernier vis-à-vis des teintures employées en bactériologie, notamment vis-à-vis des solutions phéniquées de fuchsine, de violet de gentiane, etc.

Comme le bacille d'Eberth, il se décolore par la méthode de Gramm; comme lui, il est mobile; comme lui, il se développe bien dans le lait sans le colorer ni le coaguler.

Cependant ces deux bacilles ne sont pas identiques.

Outre la coloration un peu plus jaune par laquelle les colonies typhiques se distinguent constamment, mais après quelques jours seulement, soit dans la gélatine ordinaire, soit dans la gélatine phéniquée, j'ai observé encore les différences suivantes :

1° Le bacille pseudo-typhique trouble plus vite le bouillon peptonisé et forme à sa surface une pellicule plus épaisse et plus résistante, soit à la température ordinaire, soit à 35°.

2° Les cultures en gélatine par piqûre sont assez dissemblables, mais après quelques jours seulement: alors le microbe pseudo-typhique forme toujours le long du trait une traînée blanchâtre finement granuleuse, ne montrant pas à l'œil nu, ni même à la loupe, des colonies sphériques distinctes, comme cela arrive, après cinq ou six jours, pour le bacille typhique. Les piqûres anciennes de quelques semaines conservent le même aspect et restent blanchâtres pour le pseudo-typhique, tandis que pour le bacille typhique, elles prennent une teinte bronzée bien plus foncée :

3° Des différences de même ordre s'observent dans les stries sur Agar, mais encore après quelques jours seulement;

4° Sur blanc d'œuf, les cultures se distinguent par des caractères que je résume de la façon suivante: celles du pseudo-typhique sont humides et grossièrement granuleuse; celles du typhique, au contraire, sont sèches et finement chagrinées.

5° Dans la gélatine au suc de pomme de terre de Holz (*Zeitschrift fur Hygiene*, III, 1er), le bacille pseudo-typhique ne montre aucun développement avant le troisième jour, tandis que le bacille typhique forme déjà, dans le même milieu, des colonies visibles à l'œil nu dès le deuxième jour.

Mon bacille pseudo-typhique semble être un habitant ordinaire de l'eau; je l'ai trouvé, en effet, dans la plupart des échantillons d'eau du canal de Marseille que j'ai examinés (neuf fois sur dix), même dans la partie du canal qui est très peu riche en bactéries.

Dans l'état actuel de la science bactériologique, les différences que j'ai signalées me paraissent suffisantes pour qu'on n'ait point le droit de confondre ces deux microbes.

Comme les deux bacilles offrent précisément la plus grande analogie vis-à-vis des méthodes employées le plus souvent, jusqu'à présent, pour chercher et caractériser le bacille typhique dans l'eau; comme on a signalé la présence de ce dernier dans un grand nombre d'échantillons d'eau depuis quelques années, j'ai cru devoir publier les observations qui précèdent pour mettre les bactériologistes en garde contre des conclusions trop hâtives.

---

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

*Suite et fin* (1).

III. — RECHERCHES PHARMACOLOGIQUES SUR LA COLCHICINE, par le Dr JACOBJ. *Ibidem*, p. 119.

IV. — L'ANTISEPSINE OU PARAMONOBROMACÉTANILIDE, par le Dr CATTANI. *Therapeutica moderna*, 1889, n° 10.

V. — EMPLOI DE L'ACIDE CAMPHORIQUE CONTRE LES SUEURS NOCTURNES DES PHTISIQUES, par le Dr LEU. *Centralblatt für klin. Medicin.*, 1890, n° 2.

III. — Les expériences faites par M. Jacobj, au laboratoire de pharmacologie de l'université de Strasbourg, ont conduit l'auteur à conclure que :

1° La colchicine cristallisée, préparée suivant la méthode du chimiste français Houdé, est identique à la colchicine étudiée en Allemagne par Zeissl;

2° Sous l'influence de l'oxygène à l'état naissant elle se transforme en un produit d'oxydation connue sous le nom d'oxydicolchicine;

3° L'oxydicolchicine prend également naissance sous l'influence de l'activité vitale des tissus;

4° La colchicine parfaitement pure n'agit que très faiblement sur la grenouille;

5° Au contraire, l'oxydicolchicine, à la dose de 10 milligr., produit chez la grenouille des effets analogues à ceux de la vératrine;

6° Chez les animaux à sang chaud, les deux substances produisent des effets semblables au point de vue quantitatif et qualitatif. Il y a excitation des appareils nerveux logés dans la paroi de l'intestin et qui président aux mouvements péristaltiques de ce conduit; puis surviennent des troubles de la sensibilité et des modifications des fonctions musculaires; enfin, à la suite d'une paralysie ascendante des centres moteurs compris dans la moelle et le bulbe, les animaux succombent finalement à un arrêt des fonctions du centre respiratoire.

IV. — Les expériences faites par M. Cattani, sur un certain nombre de phtisiques, de typhiques, de pneumoniques, ont fourni la preuve que la paramonobromacétanilide est douée d'une action antifébrile très accusée: à la dose de 20 centigrammes, ce médicament fait tomber la température fébrile de 1 et 2 degrés. Mais l'effet antithermique s'accompagne d'une cyanose encore plus prononcée que celle qu'on observe à la suite de l'administration de l'antifébrine, cyanose en rapport avec une transformation de l'hémoglobine du sang en méthémoglobine. Il est donc à prévoir qu'en tant qu'antithermique, la paramonobromacétanilide ne trouvera que des applications limitées.

D'autre part, M. Cattani a découvert qu'en applications topiques, la paramonobromacétanilide exerce une puissante action antiseptique. Non seulement cette substance active la cicatrisation des plaies et des ulcérations, mais encore elle calme les douleurs et les démangeaisons, au lieu d'application.

Dans les cas d'hémorrhoïdes, le médicament employé sous forme de suppositoires (0,20 pour 3, 4 grammes de beurre de cacao) a également donné d'excellents résultats. En appliquant deux suppositoires par jour, on prévient la suppuration au siège des bourrelets hémorrhoïdaires, et on assure l'asepsie de la région, dans les limites du possible.

V. — A l'instigation du professeur Fürbringer, M. Leu a

(1) Voir le numéro précédent.

expérimenté contre les sueurs nocturnes des phtisiques l'acide camphorique, produit d'oxydation du camphre, obtenu en traitant cette substance par l'acide azotique. L'acide camphorique, peu soluble dans l'eau, l'est davantage dans l'alcool. Sa saveur n'est pas désagréable.

Le nouveau médicament a été expérimenté sur 13 phtisiques sujets à des sueurs profuses chez la plupart. Le nombre total des expériences s'est élevé à 55. Les résultats se sont chiffrés par un succès complet dans 60 0/0 des cas, par une diminution des sueurs dans 22 0/0 des cas, par un échec complet dans 18 0/0 des cas. Dans la généralité des cas, l'acide camphorique a été administré à la dose de 2 grammes, le soir; quelquefois la dose était portée à 4 et 5 grammes répartis en deux prises: 2 grammes dans l'après-midi, 2 à 3 grammes le soir. Il est arrivé souvent que l'effet antisudoral du médicament ne s'est manifesté que le surlendemain; d'une façon générale l'effet d'une même dose persistait pendant plusieurs jours.

Les expériences comparatives faites avec l'atropine et l'acide camphorique ont tourné à l'avantage de ce dernier, en ce sens qu'avec l'atropine l'effet antisudoral n'a été obtenu que dans 42 0/0 des cas et qu'il a été moins durable. De plus, dans la très grande majorité des cas, l'usage interne de l'acide camphorique n'a pas entraîné d'effets fâcheux immédiats ou consécutifs, contrairement à ce qui avait lieu avec l'atropine. L'auteur mentionne notamment que ni l'appétit ni les fonctions digestives n'ont été troublés chez les malades qui ont été traités par l'acide camphorique. Voire que quelques malades ont attribué à ce médicament une certaine action soporifique.

Dans un cas, l'administration de l'acide camphorique a été suivie, à quelques jours d'intervalles, de l'apparition d'un exanthème assez semblable à une éruption d'urticaire, et qui a persisté pendant plusieurs jours. Mais, plus tard, le même malade a de nouveau absorbé de l'acide camphorique, et à plusieurs reprises, sans que l'exanthème se soit reproduit. Dans ces conditions, un rapport de causalité entre la médication et l'éruption consécutive apparaît comme douteux.

Quelques expériences faites avec des solutions alcooliques d'acide camphorique employées en lotions, pour combattre des sueurs localisées, ont donné des résultats satisfaisants.

E. RICKLIN.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### CHIRURGIE.

GUIDE PRATIQUE DE PETITE CHIRURGIE, par M. GANGOLPHE, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. O. Doin, éditeur. Paris, 1889.

Parler des microbes, de leur rôle prépondérant dans l'apparition des complications des plaies et des maladies médicales dites infectieuses, déterminer les conditions nécessaires à leur existence et à leur développement, indiquer les moyens de s'en préserver par l'asepsie ou de les détruire par l'antisepsie; voilà certes qui s'impose tout au début de l'instruction d'un personnel hospitalier. Mais encore faut-il que, pour mordre à ces questions, celui-ci soit bien doué et suffisamment instruit. Que si on se propose d'éclairer la religion panspermiste des jeunes étudiants, de ceux qui vont mettre le pied dans un service chirurgical où, disciples d'un maître, ils lui devront assistance inoffensive en retour de ses savantes leçons, rien de mieux et de plus absolument exigible; mais penser que le personnel infirmier des salles, tel que nous le connaissons, pourra comprendre l'importance de détails techniques analogues à ceux ci-dessus signalés, c'est caresser un rêve, à moins d'en arriver au desideratum exprimé par le professeur Tripier dans la lettre même qui sert de préface au livre. On serait bien près de la perfection, en effet, si au lieu de remplacer comme cela se fait tous les jours, un infirmier plus ou moins dressé par un homme de peine quelconque, on pouvait puiser dans un corps spécial, stylé et instruit, où le titre d'infirmier titulaire serait la consécration des services rendus et de la parfaite aptitude témoignée pendant le stage fait comme infirmier auxiliaire.

Mais laissons ces digressions et ces critiques pour nous occuper d'un guide pratique de petite chirurgie qui, en traitant de l'asepsie de la salle d'opération, des instruments métalliques, de l'opérateur, de ses aides et du malade, fourmille de sages renseignements. Le pansement antiseptique et l'action des principaux agents employés sont soigneusement exposés. Vient ensuite l'étude des hémorragies, de la syncope, des fractures, des plaies par arme à feu, des brûlures, des gelures. La vaccination, la révulsion, la cautérisation, le cathétérisme chez la femme et chez l'homme complètent la série des connaissances nécessaires à l'auxiliaire immédiat du chirurgien.

Conçu dans un excellent esprit, répéterons-nous avec M. Tripier, écrit de façon à être compris même des personnes étrangères à l'art, le livre de M. Gangolphe s'adresse à tous ceux qui se trouvent en rapport avec des blessés; on ne saurait conseiller aux étudiants un meilleur guide.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LE MASSAGE APPLIQUÉ AU TRAITEMENT DES FRACTURES JUXTA-ARTICULAIRES, par le Dr RAFIN. J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1888.

Les fractures juxta et intra-articulaires sans déplacement doivent être traitées par le massage, qui favorise la résorption du sang épanché et hâte le travail de consolidation. Ce mode de traitement a le double avantage d'empêcher l'organisation des produits plastiques et de prévenir l'atrophie musculaire due à l'immobilisation. Il exerce par suite, sur la récupération des fonctions du membre, l'influence la plus heureuse sans gêner en aucune façon la consolidation de la fracture, sans entraîner la moindre déformation. Que si cette dernière était à craindre, il suffirait de recourir à l'application provisoire d'un appareil contentif. La douleur, qu'on a présentée comme intolérable, est simplement très vive, variable du reste suivant les sujets. Elle ne tarde pas à s'émousser et une grande tolérance finit par s'établir.

De nombreuses observations servent à étayer les assertions de l'auteur qui ne trouve de contradiction formelle au traitement par le massage des fractures juxta-articulaires que dans une effraction cutanée.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DU DUODÉNUM ET HERNIES DUODÉNALES, par JONNESCO. Paris, 1889.

Le duodénum n'ayant pas les douze travers de doigts de longueur que lui attribuait Hiérophile, serait incontestablement mieux désigné sous le nom d'intestin pancréatique: sa direction variable a longuement divisé les auteurs, elle paraît susceptible d'être rapportée à trois types bien définis. Compris parmi les viscères abdominaux extra-péritonéaux, il est croisé par la racine du mésentère, du méso de l'angle colique droit ou hépatique, du mésocôlon transverse. Les feuilles de ces divers mésos vont se réunir les unes aux autres en passant sur la face antérieure du duodénum et former ainsi sa converture séreuse. Celle-ci forme, en sautant des organes voisins sur

l'anse paucréatique, différents replis ou enfoncements en doigts de gants désignés sous le nom de fossettes. Les unes duodénales supérieure et inférieure, vasculaires ou non vasculaires, suivant qu'elles sont isolées on non de tout vaisseau, coïncident, d'une part avec un angle duodéno-jéjunal libre et situé au-dessous du mésocôlon transverse, d'autre part avec un écartement de la veine mésentérique inférieure du flanc de l'intestin. La fossette duodéno-jéjunale ou mésocolique, qui peut être simple ou double, résulte au contraire de la pénétration de l'angle duodéno-jéjunal dans la racine du mésocôlon et de l'accollement de la veine à l'intestin. Ces fossettes répondent en partie à celles déjà décrites par Treves, Treitz, Waldeyer et Huschke.

Des hernies peuvent se produire par les différentes fossettes ci-dessus signalées. Par la fossette duodénale inférieure non vasculaire, elles se développent soit vers la gauche, soit directement en bas, l'orifice herniaire étant limité par la veine que la distension de l'orifice de la fossette lui a permis d'atteindre; par la fossette duodénale inférieure vasculaire, ou a le type ordinaire à anneau artério-veineux limitant l'orifice du sac; par la fossette duodénale supérieure ou par la duodéno-jéjunale ou mésocolique, l'orifice du sac ne se trouve plus limité que par la veine mésentérique inférieure.

Nous ne pousserons pas plus avant l'examen d'un sujet tout spécial. C'est à l'ouvrage lui-même que nous renvoyons les lecteurs désireux d'être édifiés sur l'important travail de M. Jonnesco.

Ch. Amat.

## REVUE DES THÈSES

Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplatre mercuriel, par H. Bresson. Th. Paris, 1889.

Le vieux pansement de Scott est en nouvelle faveur. Patronné par Suchard, repris et simplifié par M. Lucas-Championnière, il se montre d'une réelle efficacité dans les cas d'arthrites fongueuses, d'ostéites chroniques... et constitue d'une façon générale le traitement par excellence des affections tuberculeuses des os et des articulations. On sait que l'habile chirurgien de Saint-Louis emploie un emplâtre composé, par parties à peu près égales, d'onguent mercuriel double et de cérat de savon camphré avec lequel il enveloppe la région malade et qu'il renouvelle en général tous les quinze jours. Le mercure paraît agir ici par ses qualités anti-bacillaires et son action entre sans contredit en première ligne dans les propriétés curatives de ce pansement spécial. Il est à remarquer que la salivation mercurielle ne vient que fort rarement contre-indiquer son emploi. Et, si l'on s'en réfère aux nombreuses et intéressantes observations rapportées par l'auteur, il s'ensuit que la compression et l'immobilisation sont souvent inutiles, qu'en tout cas leur action, se rapportant à des indications spéciales, est absolument secondaire.

Quelques considérations générales sur l'hydarthrose. — Son traitement par la ponction et l'injection, par F. Falcoz. Th. Paris, 1889.

L'hydarthrose est certainement justiciable de la ponction suivie ou non de lavages antiseptiques, puisque sur seize cas rapportés par l'auteur, plus particulièrement puisés dans la pratique de son maître M. Blum, il a été constaté treize succès, un insuccès et deux résultats douteux. Et cependant, nous n'avons pour ce moyen curatif qu'un enthousiasme modéré, décidé que nous serions de n'y recourir, même avec la garantie d'une rigoureuse antisepsie, que si les moyens locaux, immobilisation, compression, révulsion, habituellement efficaces, nous étaient infidèles.

De la nature de la synovite a grains riziformes, par P. Daban, Th. Paris, 1889.

Après que les travaux de Köster, Friedlander et Cornil eurent établi la nature tuberculeuse des tumeurs blanches articulaires, on s'occupa de déterminer la nature des tumeurs blanches tendineuses. Là encore, le microscope permit de découvrir la tare tuberculeuse, mais dans un nombre de cas si restreint que, pendant quelques années, on dut croire à sa localisation rare sur les gaînes synoviales tendineuses alors qu'elle était fréquente sur les synoviales articulaires.

Dès 1885, la question subit une nouvelle phase avec les recherches de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard Ces auteurs, signalant une vulnérabilité plus grande de la synoviale tendineuse où le bacille de Koch a été découvert, viennent démontrer histologiquement et expérimentalement que des synovites de nature inconnue jusqu'à ce jour, désignées sous le nom de synovites à grains riziformes, pouvaient être, elles aussi, des synovites tuberculeuses. Caractérisées anatomiquement par une paroi et un contenu, ce dernier est constitué par un liquide de composition variable, plus ou moins abondant et contenant des grains blanchâtres rappelant la forme et l'aspect du riz cuit et dont le volume varie depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'un haricot. Ces grains ne sont pas formés par des masses fibrineuses provenant d'une effusion sanguine dans le kyste, comme le croyait Velpeau, ils ne sont pas davantage le produit d'un bourgeonnement de la paroi ainsi que le pensait Virchow, mais résultent d'une des variétés de mortification des tissus décrits par Weigert sous le nom de nécrose de coagulation. MM. Nicaise, Poulet et Vaillard ont démontré, en effet, que des bandes nécrosées de la paroi du kyste pouvaient être soit décollées par fragments à la faveur d'une hémorragie sous-jaceute, soit arrachés dans les mouvements nombreux qui s'exécutent dans la synoviale : ces parcelles, devenues libres, seraient arrondies par les frottements qu'elles exercent les unes sur les autres et contre la paroi de la synoviale.

Les lignes qui précèdent suffiront, pensons-nous, à donner une idée de l'intérêt qui s'attache à la lecture du travail de M. Daban, travail très complet, fixant l'état actuel de nos connaissances sur la synovite à grains riziformes.

Etudes sur la culture des microorganismes anaérobies, par M. Albert Foureur.

Après un exposé aussi complet que possible de la technique des microorganismes anaérobies, M. A. Foureur décrit un procédé dont il est l'auteur, et qui consiste à se servir du gaz d'éclairage pour la préparation de milieux nutritifs privés d'oxygène, pour la répartition de ce milieu dans les tubes et pour leur ensemencement et leur repiquage. Dans un matras dont le col porte un tube de dégagement latéral, on fait bouillir le liquide nutritif pendant que le ballon est traversé, d'une manière continue, par un courant de gaz d'éclairage ; il faut avoir soin de n'allumer le brûleur qu'après avoir chassé complètement l'air du matras pour éviter la formation d'un mélange détonnant. Lorsqu'on répartit ensuite le milieu nutritif dans les tubes, on continue à introduire le gaz d'éclairage dans le matras, dont le tube de dégagement déverse à la fois les gouttes du milieu nutritif en fusion et le gaz introduit ; ce versement s'effectue dans les éprouvettes, où plonge, pendant le temps de l'opération, un tube relié également au robinet de

gaz et maintenant dans l'éprouvette une atmosphère privée d'oxygène ; à la surface du milieu nutritif, on verse dans les mêmes conditions, une couche de pétrole isolant, et l'on peut, par surcroît de précaution, stériliser le tube à l'autoclave. Quant à l'ensemencement et au repiquage des tubes, il se fait à l'aide d'une aiguille, fixée à un manche de verre creux à travers lequel circule encore un courant de gaz. A l'aide de ce procédé, l'auteur a obtenu, sur la gélose alcalinisée avec une solution d'hématine dans la soude, des cultures de divers anaérobies, et, notamment, du charbon symptomatique qui n'avait pu être étudié encore dans des conditions aussi complètes en ce qui concerne ses caractères de végétation; ses colonies se présentent sous la forme de disques jaunâtres, offrant au centre un petit point saillant, et produisant un dégagement de gaz qui toutefois est loin d'être constant.

CH. AMAT.

## BULLETIN

TRAITEMENT DE L'EMPYÈME.—RAPPORTS DE LA FOLIE ET DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — DES ASILES D'ATTENTE POUR LES PÉRIODES DE RÉMISSION DE L'ALIÉNATION MENTALE. — SUICIDE PAR BLESSURE DU CŒUR AU MOYEN D'UNE ÉPINGLE.

Le traitement de l'empyème a été l'objet d'une intéressante discussion devant le CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE qui vient de se tenir à Vienne, et dont le *Journal des Sociétés scientifiques*, dans son dernier numéro, a commencé de publier le compte rendu. Ainsi que l'a rappelé le rapporteur de la question, M. Immermann (de Bâle), trois indications principales sont à remplir : 1° évacuer le pus ; 2° en empêcher la reproduction; 3° rétablir les conditions anatomiques et physiologiques du fonctionnement de l'appareil respiratoire.

Pour répondre à cette triple indication, plusieurs méthodes ou procédés sont en présence : la thoracentèse simple ou ponction aspiratrice ; cette même ponction suivie de lavages antiseptiques de la plèvre ; le procédé que M. Michaël a appelé *perrigation*, et qui consiste à introduire dans la cavité pleurale, par une double ouverture, deux canules à demeure à travers lesquelles on fait passer un courant d'une solution antiseptique ; la méthode, dite *radicale*, qui, sauf de légères modifications de détails, constitue l'opération d'Estlander, et dont les points principaux sont l'incision et la résection costale ; enfin le drainage par aspiration permanente ou siphonnement préconisé par M Bülau, et qui consiste à introduire, au moyen d'un trocart, dans la cavité pleurale, un long drain élastique, mis en communication par un tube avec un vase rempli d'un liquide antiseptique. Le drain agit à la façon d'un siphon et aspire le pus au fur et à mesure qu'il se forme.

Ces divers procédés ne remplissent pas également les trois indications signalées plus haut. Les premiers sont souvent impuissants à empêcher la reproduction du pus. L'opération d'Estlander répond sûrement à cette dernière indication, mais satisfait moins à la troisième, que remplit au contraire le procédé de Bülau. Aussi c'est entre ces deux méthodes ou ces deux procédés que se sont partagées les préférences des chirurgiens qui ont pris part au débat. Il est difficile, d'ailleurs, de les opposer systématiquement l'un à l'autre, car il est des cas où l'un d'eux s'impose plus particulièrement. Souvent aussi il doit être permis de faire de l'éclectisme, et d'employer d'abord le procédé le plus simple, celui de Bülau, sauf à recourir plus tard, si le cas l'exige, à l'opération radicale : tel est l'avis de bon nombre de chirurgiens.

Cette méthode de drainage par aspiration permanente ou de siphonnement, sur laquelle M. Bülau a ainsi fixé l'attention des médecins allemands, nous paraît avoir trouvé son idée première et même sa première application en France. La GAZETTE MÉDICALE a publié, en effet, en 1874, c'est-à-dire il y a seize ans, une longue et intéressante observation du Dr Abeille, dont nous reproduisons le sous-titre, qui équivant à un résumé :

« Enorme épanchement purulent gauche de trois mois et demi de date, de quatre litres et demi de pus avec vomique ouverte dans les bronches ; les quatre derniers jours, fusée purulente sous-aponévrotique dans la moitié inférieure du côté malade, intoxication purulente produite par une lymphangite avec intumescence considérable des ganglions axillaires ; poumon maintenu refoulé contre la colonne vertébrale. Opération *in extremis*, dans la période asphyxique, par l'incision intercostale; canule à demeure avec appareil de drainage et d'injections à l'abri du contact de l'air ; guérison radicale après un an révolu de traitement; supériorité des injections d'alcool camphré comme désinfectant. » (*Gaz. méd.*, année 1874, p. 301.)

Sans doute le procédé opératoire employé par M. Abeille diffère quelque peu de celui de M. Bülau ; il a eu la main forcée pour faire une incision, au lieu d'une simple ponction ; il a fait aussi, à travers le drain, des aspirations du pus et de l'air contenus dans la plèvre et des injections antiseptiques ; mais, ce sur quoi il a le plus insisté, c'est la communication du tube drain avec un récipient, d'abord en caoutchouc, plus tard en verre, rempli d'un liquide désinfectant. Une figure, intercalée dans l'observation, représente la malade au dixième mois de l'opération, avec son appareil réduit à une toute petite sonde qui conduit le pus de la poitrine dans un récipient plein d'alcool camphré. L'appareil est maintenu fixe par une double ceinture de cuir verni à laquelle il est attaché. Nous ajouterons que nous avons vu nous-même la jeune malade à cette époque, et que les avantages de ce drain ou tube siphon nous ont vivement frappé. Il nous a paru intéressant et juste de rappeler ce fait en présence du crédit dont paraît jouir en Allemagne la méthode de Bülau.

— Quelques faits, communiqués récemment à la SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE et à la SOCIÉTÉ MÉDICALE des hôpitaux, par MM. Joffroy, Renault, Ballet, ont appelé l'attention sur les rapports entre la folie et le goitre exophtalmique. L'association de certaines maladies du système nerveux est d'observation courante ; ce qui, parfois est difficile à déterminer, c'est, au point de vue pathogénique, l'action réciproque de ces maladies les unes sur les autres. Voici, par exemple, une malade qui a eu autrefois des accidents hystériques, qui présente, depuis quelque temps, des symptômes de la maladie de Basedow, puis qui est prise de phénomènes vésaniques (hallucinations, idées de persécution, mélancolie). Quelle affinité ou quelle filiation établir entre ces différentes expressions morbides ?

Il est sans doute difficile de poser à ce sujet des lois absolues ; il est permis, cependant, de tracer quelques indications générales. Ainsi, dans le fait que nous avons pris pour exemple, les neuropathologistes semblent d'accord pour admettre que les troubles vésaniques tiennent à la fois de l'hystérie et de la maladie de Basedow : de la première par leur origine, de la seconde par le mode, la rapidité et l'intensité de leur développement. Ici, les hallucinations, d'origine hystérique, ont servi de point de départ aux conceptions délirantes, aux idées de persécution, et servent ainsi comme trait d'union entre la folie et la maladie de Basedow.

Mais des liens plus étroits peuvent relier l'un à l'autre les deux états morbides. Dans une leçon toute récente, M. Peter définit le goitre exophthalmique « une névrose cérébro-bulbaire où l'*émotivité* (phénomène psychique) joue le rôle primordial et prépondérant ». Cette émotivité, portée à un haut degré, peut, ainsi que le fait remarquer M. Joffroy, aller jusqu'au délire vésanique, et celui-ci, en pareil cas, ne saurait être séparé de la maladie de Basedow; il en est véritablement symptomatique.

On comprend, d'un autre côté, que les aliénés d'ancienne date soient sujets, comme les individus sains, à contracter la maladie de Basedow. Ici les deux états sont distincts l'un de l'autre, mais la vésanie peut recevoir comme un coup de fouet sous l'influence du goître exophtalmique.

— Puisque nous sommes sur le terrain de l'aliénation mentale, nous nous joindrons à MM. Ballet, Magnan, Mottet, Brouardel, à notre collaborateur M. Régis et, l'on peut dire à tous les aliénistes et médecins légistes, pour réclamer l'institution d'asiles d'attente, dans lesquels on tiendrait en observation les aliénés pendant les rémissions que peut présenter leur folie, rémissions qui, trop souvent, sont considérées comme des guérisons et font rendre la liberté à des hommes dangereux.

« L'accès de goutte guérit, c'est vrai, dit M. Brouardel dans sa leçon d'ouverture sur *le criminel*, mais il présage un autre accès pour plus tard; il en est de même pour la folie à accès. Dans l'immense majorité des cas, quand l'aliéné, calmé, est sorti de l'asile, il se retrouve au milieu de ses excitations habituelles et recommence à commettre des actions criminelles. »

De pareils exemples sont nombreux; M. Brouardel en cite un des plus frappants. M. Ballet et M. Magnan signalent à la Société de médecine légale un autre fait semblable qui est en voie de s'accomplir et dont ils sont impuissants à prévenir les conséquences. « Il y a en ce moment, ajoute M. Brouardel, des aliénés qui circulent librement et qui sont fort dangereux. Pour eux la récidive s'impose. »

On voit combien il importe, combien il est urgent que la Chambre des députés se prononce enfin sur une réforme de notre législation à laquelle le Sénat a déjà accordé ses suffrages.

— Les *coups d'épingles* n'ont pas toujours l'innocuité que comporte cette expression dans le langage ordinaire. M. Magnan a communiqué à la Société de Biologie et à la Société de médecine légale le fait d'une mélancolique qui s'est suicidée en s'enfonçant à plusieurs reprises une épingle de 3 centimètres de longueur dans la région du cœur. Le muscle cardiaque a été atteint, mais non traversé. Les piqûres n'en ont pas moins suffi pour produire dans le péricarde un épanchement sanguin qui a entraîné brusquement la mort de la malade. M. Polaillon fait remarquer avec raison, à ce sujet, combien les blessures du cœur offrent de différences, on pourrait dire de bizarreries dans leurs effets et leur caractère de gravité. On voit parfois des traumatismes graves, comme des blessures de balles, ne pas compromettre l'existence; et ici il a suffi d'une légère piqûre d'épingle pour produire une hémorrhagie promptement mortelle.

Dr F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

École de médecine navale. — Le Conseil général de la Gironde a émis le vœu que Bordeaux soit choisi pour le gouvernement pour être le siège de la future École de médecine navale.

De son côté, le Conseil général de l'Hérault a demandé la même faveur pour Montpellier et a émis, en outre, le vœu que, tant dans l'intérêt de l'enseignement supérieur que par respect pour les situations acquises, il ne soit pas créé de Faculté de médecine à Marseille.

Enfin, la ville de Marseille a profité de la visite que le président de la République vient de lui faire pour solliciter à nouveau du gouvernement la création d'une Faculté de médecine et, par suite, de l'École de médecine navale à Marseille. La municipalité a cru devoir profiter de la présence sur les lieux du ministre de l'Instruction publique pour soumettre à son examen les plans de l'édifice proposé pour l'installation projetée.

Hôpitaux de Paris. — Dans une de ses dernières séances le Conseil municipal de Paris a voté la construction d'un service de douteux à l'hôpital Trousseau.

Désormais, chaque malade suspect occupera une chambre particulière, où il restera en observation jusqu'à ce que sa maladie ait été bien déterminée; alors il sera placé dans le service qu'il convient, sans aucune crainte de contagion, soit pour lui, soit pour les autres enfants du service.

Réunion libre de médecins. — Dimanche après-midi, une cinquantaine de médecins, résidant dans le département de la Seine, se sont réunis dans l'amphithéâtre de l'École pratique de médecine « pour y discuter sur leurs droits et devoirs professionnels ». La réunion a décidé de nommer une commission de cinq membres, chargée d'élaborer un questionnaire résumant les désiderata des médecins, en ce qui concerne l'exercice de leur profession et celle des pharmaciens. Ce questionnaire sera adressé à toutes les Sociétés médicales d'arrondissement et la Commission se chargera de concentrer les réponses et de rendre compte aux intéressés, dans une séance ultérieure, des résultats qu'elle aura obtenus.

— Le Conseil général du Pas-de-Calais a adopté un vœu par lequel il demande le maintien de l'officiat de santé.

— Le Conseil d'hygiène de la Basse-Autriche vient de décider que la pratique du massage par une personne dépourvue du diplôme de médecin doit être considérée comme un acte d'exercice illégal de la médecine.

## NOUVELLES

*Réorganisation des bureaux de bienfaisance.* — Le Conseil municipal a ouvert, il y a quelque temps, un concours avec primes, pour les meilleurs projets de réorganisation des bureaux de bienfaisance. Il a été déposé 46 mémoires.

Le jury de ce concours se compose ainsi : MM. Strauss, Pétrot, Faillot, Dubois, Navarre et Cattiaux (élus par le Conseil municipal); Sigismond Lacroix, Lampué et Lucipia (élus par les concurrents); Peyron et Ménan (membres de droit); M. Millard (élu par les médecins des hôpitaux).

***

*Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr Guinon, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

M. le Dr Hndelo, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

*Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier, a repris le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 25 avril 1889 à 9 heures du matin (hôpital Saint-Louis et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours : Les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

*Clinique des maladies mentales.* — M. le professeur Ball a repris le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 20 avril 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

*
* *

*Faculté de médecine de Lille.* — M. Lambling, professeur de chimie organique, est nommé assesseur du doyen.

*
* *

*Ecole de médecine d'Alger.* — M. Haffner est nommé aide-d'anatomie.

*
* *

*Ecole de médecine de Toulouse.* — M. le Dr Cabadé, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours d'hygiène et de médecine légale.

*
* *

*Ecole de médecine de Tours.* — M. le Dr Révol, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*L'Homme et la Femme*, à tous les âges de la vie, étude hygiénique, médicale, physiologique, sociale et morale, par le Dr Marcellin Camboulives, auteur d'un « Manuel de Thérapeutique », ancien médecin des ambulances militaires de Paris. Un beau volume, élégamment cartonné, illustré de 27 gravures, format grand in-18 de 400 pages; prix : 3 fr. 50 (Marpon et Flammarion, éditeurs.)

Cet ouvrage est des plus intéressants pour toutes les classes de la société. Il prend l'enfant à son berceau et le suit pas à pas dans les sentiers périlleux de la vie jusqu'à la mort. Il est divisé en vingt chapitres dont la désignation seule servira à en faire connaître l'importance. Ces chapitres sont : L'Homme à travers les siècles. — Formation de l'être humain. — Développement de l'être humain. — Naissance. — Nouveau-né. — Allaitement. — Première enfance. — Seconde enfance. — Puberté. — Appareil génital de l'homme. — Appareil génital de la femme. — Menstruation. — Onanisme. — Prostitution. — Jeunesse. — Mariage. — Fraudes dans le mariage. — Age mûr. — Age de retour. — Vieillesse. — Agonie et mort.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII — N° 18 — 3 Mai 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE
*Membres* : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## MEDECINE PRATIQUE

### De la toxicité de l'acide borique

Par M. le Dr G. Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

L'acide borique rentre certainement dans la catégorie des médicaments antiseptiques dont on n'a pas à redouter d'effets toxiques dans la pratique; ce qui le prouve, c'est qu'il est employé journellement en médecine et en chirurgie, à des doses souvent très fortes, sans que jamais on n'ait eu à signaler un seul accident grave. Cependant il ne s'ensuit pas qu'on puisse s'en servir impunément dans tous les cas, et les quatre observations que nous allons rapporter prouvent qu'il peut donner naissance à des empoisonnements assez sérieux. De ces faits, le premier m'est personnel, les trois autres m'ont été communiqués, deux par mon excellent confrère, le Dr Vincent, d'Armentières, et l'autre par mon ami le professeur Dubar.

I. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 36 ans qui se trouvait dans mon service à l'asile de Bailleul au mois d'août 1887. Elle présentait à la région sacrée une eschare très étendue et, au niveau du trochanter droit, une autre eschare de dimensions plus restreintes. Après avoir fait pendant un certain temps des pansements au vin aromatique, voyant que l'état des plaies ne se modifiait pas, je les fis recouvrir chaque matin par une poudre composée par parties égales d'acide borique et de poudre de quinquina. Sous l'influence de ce nouveau pansement, les plaies commencèrent à bourgeonner, mais cinq jours après le début de son emploi survint une éruption d'aspect rubéolique qui occupa d'abord le tronc, particulièrement la région dorsale, puis se généralisa à peu près à tout le corps. Cette éruption rappelait celle d'une rougeole confluente, mais avec cette différence que les taches étaient d'un rouge vif, beaucoup plus vif que celui de la rougeole. Confluente sur le dos et sur les flancs, elle s'atténuait sur le reste du tronc pour devenir discrète sur les membres.

L'éruption ne s'accompagna ni d'accélération du pouls ni d'élévation de température, mais en même temps qu'elle apparurent des phénomènes variés, vomissements répétés empêchant presque complètement l'alimentation, état nauséeux permanent, céphalalgie intense, insomnie. La malade qui, atteinte de paralysie générale, n'avait auparavant aucun délire actif, fut prise d'un délire très grand caractérisé par de la loquacité, des hallucinations de la vue et de la sensibilité générale, des terreurs nocturnes, etc. En présence de ces symptômes, ne leur trouvant aucune autre interprétation, je songeai qu'ils pouvaient bien être sous la dépendance de l'acide borique employé pour les pansements et résorbé à la surface des plaies. Je le fis aussitôt supprimer et remplacer par un mélange de poudre de charbon et de quinquina. Dès le lendemain les vomissements et la céphalgie cessèrent, le

## FEUILLETON

### L'Hospitalisation des enfants a Londres et les hopitaux dispensaires.

(*Suite*) (1)

#### CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I

HOSPITALISATION DES ENFANTS ATTEINTS DE MALADIES CONTAGIEUSES A PARIS.

Je rappellerai d'abord les travaux du conseil municipal de Paris sur ce sujet, travaux inspirés par la visite des hôpitaux de Londres en 1885. Je mettrai ensuite en parallèle avec les conclusions de la commission sanitaire municipale, les opinions formulées par la Société des médecins des hôpitaux de Paris en 1889.

L'installation et le fonctionnement des *infectious Hospitals de Metropolitan Asylum Board* constituent, sur notre système hospitalier, un progrès évident, qui ne pouvait manquer de frapper des hommes aussi clairvoyants que MM. Chautemps, Vaillant, Paul Strauss, etc. Aussi la question de l'isolement des maladies contagieuses fut-elle activement agitée à partir de cette époque. Nous devons ajouter que la commission sanitaire n'avait pas spécialement en vue, comme nous, l'hospitalisation de l'enfance.

La crainte, peut-être un peu exagérée, de la dissémination des germes morbides par l'air atmosphérique, le désir d'atteindre du premier coup la perfection dans ces réformes, firent considérer le type des *Fever Hospitals* de Londres comme insuffisant pour l'isolement tout à fait rigoureux.

M. Vaillant proposa de rejeter hors de l'enceinte de Paris toutes les maladies contagieuses; on alla jusqu'à projeter deux hôpitaux spéciaux pour chaque maladie.

Il y aurait eu deux hôpitaux de cent lits chacun pour la variole, deux pour la diphthérie, deux pour la coqueluche, deux pour la scarlatine, deux pour la rougeole (1).

Voir les numéros 14, 15, 16 et 17.

(1) Conseil municipal de Paris : commission sanitaire, lundi 8 novembre 1886.

délire persista encore pendant deux jours, mais l'éruption s'atténua progressivement et ne laissait plus aucune trace six jours après la suppression des pansements boriqués.

Pour m'assurer que les symptômes que j'avais observés étaient bien sous la dépendance de l'acide borique, je repris son emploi dans les mêmes conditions, chez la même malade quelque temps après. Trois jours après, des vomissements, de la céphalagie et du délire apparurent comme auparavant, mais au lieu d'une éruption rubéolique, il se produisit un léger rash hémorrhagique sur la région abdominale et particulièrement au voisinage des plis inguinaux. La suppression des pansements boriqués fit rapidement disparaître ces symptômes et tout rentra dans l'ordre.

Il faut ajouter que cette malade, atteinte de paralysie générale, présentait de l'artério-sclérose caractérisée par une néphrite interstitielle avec urines légèrement albumineuses et bruit de galop au cœur. Ces renseignements sont importants pour expliquer le mécanisme de l'intoxication par l'acide borique.

II. Les deux autres cas ont été observés, je l'ai dit, par le Dr Vincent, d'Armentières, je transcris là note qu'il m'a remise à leur sujet.

« Le premier cas qui attira mon attention sur les propriétés toxiques de l'acide borique, concerne un de mes malades de l'hôpital d'Armentières que j'avais opéré d'une pleurésie purulente et auquel je fis, à l'aide d'un système de drainage, des lavages dans la cavité pleurale avec une solution boriquée à 4 0[0. Les premières fois que je fis ces lavages le liquide s'écoulait imparfaitement à cause des anfractuosités que présentait la poche, et il fallait un temps assez long et une position favorable du malade pour assurer l'écoulement complet du liquide. Or, les lavages étaient faits quelquefois, en mon absence, par les sœurs aidées de l'infirmier du service et il est probable qu'elles ne prenaient pas toujours les précautions que je leur avais indiquées. La rétention dans la cavité de la plèvre et l'absorption d'une certaine quantité d'acide borique déterminèrent les symptômes d'empoisonnement suivants : urticaire généralisée, délire calme consistant surtout dans un défaut de suite dans les idées; le malade répond sainement à toutes les questions qu'on lui pose, mais ne réussit pas à fixer sa pensée et parle aussitôt de choses absolument étrangères à ce qu'on lui disait et incohérentes; il a des hallucinations de la vue, et éprouve quelques vomissements. Au milieu de tout cela le thermomètre reste au degré normal. Ne trouvant aucune raison pour expliquer ces phénomènes, je pensai à une action toxique de l'acide borique et je remplaçai les irrigations boriquées par des lavages à l'eau bouillie; les symptômes disparurent aussitôt. Quelques jours après je revins à l'acide borique et ils se montrèrent de nouveau avec les mêmes caractères que la première fois, c'était donc bien la résorption de cet acide qui les provoquait.

Un second fait vint bientôt confirmer le premier et donner raison à ma manière de voir.

Un de mes clients avait subi des mains habiles du professeur Guyon, l'ablation d'une tumeur de la muqueuse vésicale. Aussi longtemps que les injections boriquées, faites avec une solution à 4 0[0, purent être pratiquées avec les gros tubes qui plongeaient dans la vessie à travers l'ouverture des parois abdominales, aucun symptôme insolite ne se montra; mais quand la plaie extérieure fut fermée et que l'acide borique ne pénétra plus dans la vessie qu'au moyen de la sonde uréthrale, il fut retenu en partie dans la cavité vésicale, la sonde ne fonctionnant pas toujours parfaitement bien, et sa résorption eut lieu. Elle amena des symptômes absolument analogues à ceux qu'avait présentés mon premier malade, à part l'urticaire et les vomissements qui firent défaut ici, sans doute parce que la quantité d'acide borique résorbée avait été moins considérable.

Dans la suite, pour éviter le retour de ces désagréments j'adoptai, dans l'un comme dans l'autre cas, la méthode suivante : d'abord irrigation à l'acide borique et ensuite grand lavage à l'eau bouillie. Avec cette précaution, je n'ai jamais plus observé le moindre symptôme d'empoisonnement. »

III. Lorsque je communiquai la relation de ces trois faits à la Société de médecine du Nord, son président, le professeur Dubar, m'en signala un quatrième qu'il avait tout récemment observé dans son service de clinique et dont il me remit l'observation telle que la voici :

« La nommée Virginie Yvar, âgée de 35 ans, est entrée à la maison de santé de Lille, le 15 février 1890, pour une salpingo-ovarite suppurée ouverte dans le rectum.

« Cette malade rendait journellement par le rectum une quantité considérable de pus qu'on peut évaluer à un verre à bière ordinaire. Ce pus avait une odeur infecte. L'état

---

Donc *dix* hôpitaux nouveaux à répartir dans les communes suburbaines.

Le rapport de M. Chautemps reflète ces idées d'isolement absolu, mais en les atténuant. M. Chautemps demande la création, en dehors des fortifications, de deux hôpitaux pour la variole de 70 lits chacun. Il propose de plus la construction d'un hôpital de la rougeole à Ivry, et d'un hôpital de la diphthérie à Bicêtre où seraient traités tous les diphthériques et les rubéoleux qui pourraient supporter le transport.

M. Chautemps ne demande plus, dans ce travail, d'hôpitaux spéciaux pour les scarlatineux et les coquelucheux, il se contente de pavillons-baraques élevés à l'hôpital Trousseau et aux Enfants malades (1).

La Société des médecins des hôpitaux de Paris, dans la suite des intéressantes discussions qui se produisirent sur ce sujet, mis à son ordre du jour en 1889, fut d'accord pour réclamer l'achèvement rapide des mesures d'isolement dans les hôpitaux d'enfants. MM. Sevestre, Grancher, Gaucher, Comby, etc., prirent tous la parole dans le même sens (1).

Il est un point que nous voudrions mettre en lumière, et qui ressort de la comparaison des travaux de la commission sanitaire municipale, et, d'autre part, des idées émises par les membres de la Société des médecins des hôpitaux de Paris :

*Il s'agit du mode de dissémination des germes morbides.*

La commission municipale sanitaire considère comme un fait acquis que les germes morbides *rayonnent à distance*. Ils seraient comparables aux grains de pollen emportés par le vent et qui vont féconder les plantes au loin (Robinet).

La commission s'appuie sur les recherches de Miquel relatives aux germes atmosphériques dont la quantité varie avec l'orientation de vent, l'état hygrométrique, etc., et sur certaines épidémies circonscrites semblant avoir, d'après les statistiques, les hôpitaux comme foyers originels.

Cette vue théorique acceptée, l'isolement des malades contagieux

(1) Rapport présenté par M. Chautemps au nom de la 8e commission sur une proposition de M. Vaillant au Conseil municipal de Paris 1887.

(1) Bulletins de la Société médicale des hôpitaux 1889.

général de la malade était depuis longtemps des plus mauvais : fièvre nocturne avec sueurs profuses, amaigrissement considérable, pâleur extrême, pouls très fréquent et d'une petitesse telle qu'à certains moments, il était impossible de le compter.

« L'examen des urines donne 1 gramme d'albumine par litre et seulement 4 grammes d'urée.

« Dans de pareilles conditions, il ne peut être question de faire une laparotomie pour enlever la poche suppurée. Je me contente de pratiquer couche par couche une large incision, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit, le 18 février. De grands lavages avec la solution boriquée à 30 p. 1000 sont faits matin et soir par le rectum. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, rien de particulier à noter ; le pus diminue chaque jour de quantité, les forces augmentent manifestement, d'autant plus que l'appétit est revenu, que la fièvre du soir a à peu près disparu et que des toniques sont administrés tous les jours.

« Mais vers le 5 mars, les personnes qui surveillent la malade me signalent l'apparition de plusieurs phénomènes morbides : ce sont des troubles de l'intelligence, de la vue et de la défécation.

« La malade s'agite beaucoup, on est obligé de la surveiller de près et même de l'attacher au lit pendant la nuit. Elle-même a conscience de son état, car elle déclare qu'il se passe en elle quelque chose d'extraordinaire et dit qu'elle craint de devenir folle.

« A certains moments, la face devient rouge, vultueuse ; la malade ne reconnaît alors personne, pas même ses proches parents ; elle prononce alors des paroles incohérentes. Bientôt elle présente des troubles de la parole, elle a de la difficulté à s'exprimer et se plaint d'avoir la langue grasse, épaisse (ce sont ses expressions). Ces troubles de la parole ont duré une semaine. Pendant cette période, la malade perdit la plus grande partie de ses cheveux.

« Du côté de la vue, nous notons une très grande diminution de l'acuité visuelle (plus de la moitié) et quelques troubles diplopiques. Enfin, pendant la même période s'est produite une incontinence des matières fécales, sans incontinence d'urine. Tous ces accidents prirent fin vers le 23 ou 24 mars, en même temps que se montrait un érythème très prononcé de toute la paroi abdominale et des deux cuisses jusqu'aux genoux. Cet érythème dura douze jours.

« La température est restée constamment à 37°, 37°5; le pouls était assez élevé, 96 à 104 pulsations. L'appétit s'est conservé.

« Tous les troubles du côté de l'intelligence, de la parole, de la vue et de la défécation ont disparu complètement deux ou trois jours après le développement de l'érythème. Aujourd'hui la malade est dans un état très satisfaisant. La plaie abdominale est à peu près cicatrisée, l'appétit est très bon, les forces sont revenues ; il n'y a plus d'évacuation de pus avec les garde-robes.

« Dès le début des accidents que je viens de signaler, les lavages à l'eau boriquée à 30 p. 1000, faits deux fois par jour, avaient été remplacés par une seule injection rectale d'eau boriquée à 15 p. 1000. — J'avais pensé à des accidents réflexes provenant d'une irritation particulière de l'ovaire, comme Lawson Tait en a rapporté des cas. Les conditions dans lesquelles les accidents se sont produits et ont disparu, l'apparition de l'érythème qui a mis fin aux phénomènes divers que cette malade a présentés, pouvaient être interprétées dans le sens d'une intoxication par l'acide borique, par la voie rectale, d'autant plus que cette malade est atteinte d'albuminurie depuis assez longtemps. »

(*A suivre.*)

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOTE SUR LE TEMPS D'ASSOCIATION, SUR LES CONDITIONS QUI LE FONT VARIER ET SUR LES QUELQUES CONSÉQUENCES DE SES VARIATIONS,

par M. Ch. Féré.

Dans des études antérieures (1), je me suis appliqué à montrer que, sous l'influence d'excitations extérieures, de représentations mentales, ou de modifications normales ou pathologiques du milieu intérieur, l'énergie des mouvements volontaires, la sensibilité sous toutes ses formes, le temps de réaction, subissent des variations considérables liées à des

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, passim, 1885, 1886 1886, 1888, 1888. — Sensation et mouvement. (*Bibl. de philos. contemp.*), in-18, 1887. — Dégénérescence et criminalité, *ibid.*, 1888. — L'énergie et la vitesse des mouvements volontaires (*Rev. philos.*, 1889). — *Les épilepsies et les épileptiques*, in-8, 1890.

ne saurait être trop absolu, et on est amené naturellement à rejeter hors de Paris toutes les infections, par la création d'hôpitaux spéciaux suburbains. On calcule même le rayon de la zone dangereuse entourant l'hôpital ; il est évalué, suivant les cas, de 50 à 100 mètres.

L'opinion des médecins des hôpitaux diffère très notablement de celle formulée par la commission sanitaire municipale.

M. Sevestre, qui a observé aux Enfants assistés la rougeole, la plus contagieuse peut-être des pyrexies, croit que son pouvoir de rayonnement ne va pas au-delà de trois ou quatre lits et, qu'à moins de circonstances rares, qu'on peut déterminer, la maladie ne passe pas d'une salle dans une autre.

M. le professeur Grancher, dont la compétence est indiscutable comme bactériologiste associé aux travaux illustres de Pasteur, et comme professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine, n'admet pas la propagation des germes morbides par l'air atmosphérique, et attribue toujours la maladie à des contacts directs, immédiats ou médiats. Partant de cette idée, M. Grancher a fait installer son service d'enseignement aux Enfants malades, de telle sorte que l'antisepsie médicale la plus rigoureuse soit observée et il ne craint pas, ces précautions prises, de conserver des enfants contagieux au milieu des autres.

On nous permettra de citer quelques remarques personnelles qui viennent corroborer l'opinion de maîtres si autorisés, d'observateurs si éminents.

Lorsque nous étions chef de clinique à l'hôpital des Enfants malades, les enfants de la section des teigneux allaient jouer sur un terrain à peine distant de vingt mètres des deux pavillons de diphthérie. Est-il besoin d'ajouter que ces enfants, à part le voisinage, n'avaient aucune communication, ni avec les malades, ni avec le personnel de la diphthérie? Cependant, les cas de diphthérie, parmi les teigneux, étaient exceptionnels.

Cette observation nous a été confirmée en 1889 par notre excellent collègue le docteur Deschamps, chef de clinique de la Faculté.

Dr Variot. (*A suivre.*)

modifications de la circulation et de la nntrition, qui nous conduisent très loin des formules précises de la psychométrie allemande. S'il ne se passe dans l'organisme, en conséquence des excitations périphériques, que des transformations de forces, ces transformations, comparées à celles que l'on observe en mécanique expérimentale, présentent la même complexité que les phénomènes chimiques de la digestion et de la nutrition, comparées aux réactions chimiques *in vitro*. « Il en est tout autrement dans l'ordre physiologique que dans l'ordre mécanique abstrait, à une force double ne correspond pas toujours un résultat proportionnel » (1). Nous ne sommes donc guère en mesure de poser des règles fixes sur le temps et l'intensité des sensations et des réactions ; tout au plus pouvons-nous étudier quelques-unes des conditions qui font varier ce temps et cette intensité. Si l'expérience sensible est la source première de nos connaissances (Locke), cette source est bien trompense ; car l'homme est la mesure de toutes choses (Protagoras), et c'est un réactif fort changeant. « Lorsque quelque chose agit sur nous, cette action dépend non seulement de l'objet qui agit, mais encore de celui sur lequel l'action s'exerce » (Lichtenberg), Or, nous sommes modifiés par une foule de conditions dont nous ne pouvons pas calculer les effets avec précision.

Cependant les lois précises que l'on s'est cru en mesure de formuler à propos des phénomènes, en apparence simples comme les perceptions et les réactions simples, tendent à s'introduire dans l'histoire naturelle de processus plus obscurs. C'est ainsi que le phénomène si complexe de l'association des idées a pu paraître se manifester dans un temps fixe.

M. Galton (2), qui un des premiers s'est attaché à l'étude de ce point de physiologie, s'est préoccupé du nombre d'associations qui peuvent être provoquées dans un temps donné par la vue des objets extérieurs. Il a vu que leur apparition est extrêmement rapide, et il a pu en compter environ cinquante par minute. Il remarque seulement que les impressions du jeune âge sont plus souvent rappelées que les autres.

M. Wundt (3), qui a fait des mesures comparatives sur plusieurs sujets, en conclut que les processus d'association s'accomplissent en moyenne en trois quarts de secondes. Il fait l'observation que chez un de ses collaborateurs, moins familier avec la langue allemande, les associations des mots demandent un peu plus de temps. Cette remarque concorde avec celle de Galton, et confirme la règle que les voies les plus frayées sont les plus aisément parcourues. Dans les expériences rapportées par Trautscholdt (4), on voit aussi que les différences de temps tiennent encore à la complexité des représentations associées.

Mais le temps nécessaire à la réalisation de l'association ne varie pas seulement, suivant que les idées à associer sont plus ou moins familières et plus ou moins complexes ; il varie encore avec le sujet ; et ces variations personnelles offrent le plus grand intérêt. Celles que l'on observe en étudiant comparativement des individus différents ne doivent pas être négligées, mais celles que l'on peut mettre en évidence chez le même individu, sous l'influence de modifications générales du

(1) Claude Bernard. *Leçons de physiologie expérimentale*, t. I, 1855, p. 369.

(2) F. Galton. *Brain*, 1879 ; *Inquiries into human faculty*, 1883, p. 182.

(3) W. Wundt. *Éléments de psychologie physiologique*, trad. franç. 1886, t. II, p. 314.

(4) *Philosophie Studien*, I, H. 2, p. 245.

système nerveux, sont particulièrement instructives. Ces différences individuelles et temporaires de la durée du temps d'association sont les conséquences naturelles des différences relatives à la perception et à la conservation des impressions. La variation temporaire chez un même individu ne surprendra pas, si on se souvient que toutes les irritations périphériques, par l'excitation générale qu'elles provoquent, sont capables d'augmenter la sensibilité de chaque organe sensoriel en particulier, et qu'elles peuvent même (1) provoquer le rappel de sensations consécutives ou la perception rétroactive d'une excitation non sentie, ou restée dans l'antichambre de la conscience, suivant l'expression de Galton.

Le procédé dont je me suis servi, pour mesurer le temps d'association, mérite quelques reproches, mais comme il a l'avantage de permettre de réaliser en peu de temps un grand nombre d'expériences, il m'a paru se recommander pour l'étude des variations qui m'intéressaient particulièrement. Plusieurs centaines de mots de diverses catégories sont inscrits sur des morceaux de papiers uniformes pour être montrés ou lus au sujet en expérience. Celui-ci tient serrée dans sa main la presselle du chronomètre de d'Arsonval, dont l'aiguille est fixée au 0. Lorsqu'il a perçu le mot (vu ou entendu), il lâche la pression et il serre de nouveau lorsque se présente le mot associé qu'il prononce. L'espace parcouru par l'aiguille du chronomètre entre le relâchement et le nouveau serrement donne le temps d'association. Pour chaque sujet, le mot-signal et le mot associé sont inscrits avec le temps ; de sorte que, à la récapitulation, lorsque le même mot ou des mots du même groupe se seront présentés plusieurs fois, on puisse reconnaître les conditions des variations qui tiennent au mot et à l'idée qu'il représente (similitude, contraste, contingente dans le temps ou dans l'espace).

Les expériences ont porté : *a*, sur 12 sujets normaux : 3 garçons de huit à dix ans, 3 femmes et 4 hommes adultes, 2 hommes âgés de plus de soixante-cinq ans ; et, *b*, sur 5 malades ; 3 femmes hystériques dont l'état émotionnel peut être facilement modifié soit par des agents physiques, soit par suggestion, et 2 hommes épileptiques observés à l'état normal et dans la période post-paroxystique, c'est-à-dire une ou deux heures après une attaque convulsive.

Les observations ont été répétées plusieurs fois sur les mêmes sujets et les sujets normaux ont été explorés dans des conditions physiologiques assez diverses.

J'ai fait un choix des expériences dans lesquelles le mot-signal désignait un objet vulgaire, plante, fleur, fruit, meuble, outil, substance alimentaire, etc., dont la nature ou l'usage étaient nécessairement familiers à tous les sujets en observation.

Je m'arrêterai seulement, dans cette note préliminaire, sur les résultats qui me paraissent comparables.

A l'état normal, c'est-à-dire en dehors de toute condition perturbatrice physique ou morale grossièrement appréciable, j'ai trouvé les chiffres suivants :

| | | Nombre des expériences. | Moyenne du temps d'association. |
|---|---|---|---|
| Hommes | adultes | 82 | 0",70 |
| — | vieillards | 38 | 0,80 |
| — | épileptiques adultes | 44 | 0",80 |
| — | enfants | 68 | 0",98 |
| Femmes | adultes | 54 | 0",83 |
| — | hystériques | 76 | 1",14 |

(1) *C. R. Soc. de Biologie*, 1887, p. 511, 749.

Les différences observées dans ces différentes catégories concordent à peu près avec celles que l'on observe pour le temps de réaction simple.

Chez les individus normaux, le temps d'association est modifié dans plusieurs conditions physiologiques, comme l'a déjà noté Marie Manacéine (1), sous l'influence de la fatigue; qu'elle soit causée par un travail physique, ou par un travail intellectuel, le temps d'association s'allonge quelquefois jusqu'à doubler le temps ordinaire. La même modification s'observe encore sous l'influence d'une digestion pénible, d'une douleur accidentelle, de la migraine, sous l'influence d'abus de tabac, ou d'excès de boissons alcooliques, de doses modérées d'opium, L'opium à petites doses, au contraire, de même que l'alcool et le tabac en petites quantités, produisent une diminution du temps d'association. Toutefois, il est à remarquer que la diminution n'égale guère que le tiers et rarement la moitié du temps ordinaire, même dans les expériences les plus favorables.

Chez les deux catégories de malades sur lesquels j'ai expérimenté, les modifications relatives sont beaucoup plus considérables, autant lorsqu'il s'agit d'un allongement que lorsqu'il s'agit d'une diminution.

Sur les deux épileptiques (à crises peu fréquentes et cultivés) dont le temps d'association ordinaire est à peu près normal, la période post-paroxystique fournit des chiffres extrêmement élevés; bien que le sujet n'ait été exploré que lorsqu'il comprend parfaitement de quoi il s'agit puisqu'il remplit correctement les conditions de l'expérience, le mot associé peut se faire attendre dix et quinze secondes, c'est-à-dire que le temps d'association est plus que décuplé, tandis que dans les mêmes conditions le temps de réaction simple n'est que doublé ou triplé. Du reste chez les sujets normaux, dans les conditions de dépression, on trouve une différence dans le même sens, mais beaucoup moins prononcée : si le temps d'association s'allonge dans la proportion de un à deux, le temps de réaction simple ne s'allonge que dans la proportion de un à un et demi. Dans l'état post-épileptique, il arrive souvent que l'association ne se fait plus ou devient fausse, c'est-à-dire que le mot associé ne répond pas à un des rapports normaux d'association.

Chez les hystériques, les émotions déprimantes provoquées s'accompagnent de troubles très importants de l'association. Outre le retard qui peut être considérable, sans atteindre pourtant la durée que l'on observe dans l'état post-épileptique, elles montrent des modifications qualificatives que l'on peut mettre en évidence par une expérience qui consiste à faire associer à chaque nom-signal un adjectif; on constate alors que tous les qualificatifs semblent choisis pour déprécier l'objet, tandis que dans les états émotionnels toniques le caractère optimiste des qualifications apparaît nettement, en même temps que le temps d'association diminue.

Ce que font les émotions provoquées, les excitations périphériques peuvent le faire. Un grand nombre d'excitations sensorielles peuvent, suivant l'état préalable du sujet, modifier le temps d'association, comme elles modifient le temps de réaction simple, mais à un degré différent, comme nous l'avons vu déjà. Toutes les excitations qui déterminent une stimulation générale facilitent l'association, et en abrègent le temps. Mais il n'est pas sans intérêt de remarquer que, même dans les états d'excitation les plus marqués, les hystériques n'arrivent pas à avoir un temps d'association plus court que celui des sujets normaux placés dans des conditions les favorables. L'expérience suivante met bien en lumière la possibilité d'exalter le pouvoir d'association : on montre successivement au sujet un certain nombre de mots français auxquels on accole un mot latin ou anglais, puis on fait repasser les mots français devant les yeux du sujet en le priant d'associer le mot de l'autre langue ; il en est incapable (ne sachant pas cette langue), mais l'instant d'après l'association est possible et correcte sous l'influence d'une excitation lumineuse ou auditive, des vibrations mécaniques du diapason, de l'aimant (1).

L'absence d'un excitant physiologique, comme la lumière, constitue au contraire un obstacle à l'association et la retarde. L'obscurité apporte bien d'autres troubles au fonctionnement du système nerveux (2).

En somme, le temps d'association varie dans les mêmes conditions et dans le même sens, mais non dans la même proportion que l'énergie des mouvements volontaires, la sensibilité sous toutes ses formes et le temps de réaction simple.

L'étude de ces modifications du temps d'association, qui est intéressante au point de vue de la psychologie où ce phénomène tient une place si importante (3), n'est pas sans intérêt au point de vue de la psychopathologie : elle peut rendre compte de plusieurs troubles importants. Un point digne de remarque, c'est que, dans les états d'excitation, l'accélération du processus d'association est toujours peu marquée relativement au ralentissement des états de dépression.

L'aisance de l'association ne se manifeste pas seulement par la rapidité du phénomène, mais encore par la multiplicité des rappels, dont le nombre est en rapport avec le nombre des impressions antérieures et avec la perméabilité des voies centrales. Les associations des mots sont déterminées non seulement par les rapports de similitude, de contraste, de contiguïté des idées qu'ils représentent, mais encore par leur consonance et par leur contiguïté dans le discours habituel. Dans les états d'excitation, la consonance et la contiguïté habituelle des mots tendent à prendre un rôle prédominant dans l'association. L'improvisation poétique, qui nécessite des associations d'idées et de consonances, marque un degré d'excitation supérieur à celle de l'improvisation du discours ordinaire; mais l'association par contiguïté des mots et par consonance tend à envahir le discours dans l'exaltation ébrieuse, où l'on voit souvent apparaître le calembour automatique. Dans l'état maniaque, ces associations superficielles amènent l'incohérence; je citerai par exemple des fragments du discours écrit à l'instant même d'un épileptique en état d'agitation maniaque : « Un bain sinapisé sinapisse, pain d'épice j'aime mieux ça... C'était mon ami, c'était Brûlant, ça brûle le feu... J'ai foutu le bromure dans les chiottes, chiottes à l'anglaise; on n'y voyait goutte, j'ai allumé une bougie à Bougival... Ah vrai! une chouette tête, j'ai jamais pu en piquer de tête dans la Seine...

(1) Marie Manacéine. *Le surmenage mental*, trad. franç., 1890, p. 180.

(1) L'action de l'aimant sur les phénomènes psychiques, et en particulier sur les émotions, a été signalé longtemps avant le travail de M. Luys (*C. R. Soc. Biol.*, 1890, p. 143). Sans remonter aux temps anciens, on la trouvera étudiée dans deux articles sur *La polarisation psychique*, par Binet et Féré. (*Revue philosophique* 1885). Bianchi et Sommer (*ibid.*, 1887), Raggi (*Arch. ital. p. l. mal. nerv.*, 1887), Venturi (*Giornale di neuropatologia*, 1887).

(2) Ch. Féré. *A contribution to the pathology of night* (*Brain*, 1889, oct., t. XII.

(3) Ferri. *La psychologie de l'association*, in-8, 1883.

A force de parler j'ai soif, je voudrais de l'eau ; j'en suis un salop... V'là le temps qui se couvre, je m'en vas tout de suite, c'est pas un jésuite lui... Personne ne me donne une cigarette; la vie est amère et ta sœur... Je ne fais pas de train, j'aime pas aller en chemin de fer, j'ai eu une fois peur sur la voie rigolboche... Donnez une cigarette (il prend et ouvre la boîte d'allumettes), il n'y en a plus que trois en Champagne... » On voit que dans ce trouble où l'excitation est considérable, l'association est souvent déterminée par la consonance de la dernière syllabe du mot, ou même il se fait des associations syllabiques par contiguïté qui produisent la fusion par contraction de deux mots. Ces associations sont des associations automatiques, il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'elles soient plus rapides que des associations correctes choisies et volontaires.

Dans les états de dépression, l'association devient à la fois lente et lâche. Elle peut être troublée en raison de la diminution de la sensibilité spéciale qui fait que la perception du signal est imparfaite. Elle peut paraître sans lien naturel et absurde, lorsqu'il existe une cause d'excitation locale persistante, car alors c'est cette excitation locale qui sert d'appel aux associations et non plus l'excitation venue du dehors : aussi chez les hypochondriaques ou chez les hallucinés, souvent les excitations extérieures ne déterminent que des associations en rapport avec les préoccupations habituelles.

Les obsessions naissent sur un fond de neurasthénie, de dépression mentale ; aussi les malades recourent-ils pour les soulager à des excitations artificielles qui n'ont, en général, qu'un succès momentané, car pour peu qu'elle soient excessives, elles entraînent un épuisement consécutif qui ne fait qu'aggraver la situation. On voit souvent que c'est à la suite d'excès alcooliques auxquels le malade a recouru volontairement, que les idées fixes prennent une intensité telle qu'elles déterminent des impulsions irrésistibles.

Dans tous les états de dépression, les sensations subjectives prennent une intensité inusitée; le développement exagéré des sensations de contraste simultané et successif est très évident dans ces conditions, même chez les sujets les plus normaux.

Or, comme les conditions dans lesquelles l'association devient plus lente et plus pénible sont précisément celles dans lesquelles la sensibilité devient la plus obtuse et la discrimination le plus difficile, on comprend qu'il arrive une limite où les sensations subjectives ne sont plus distinguées des sensations objectives, et qu'il se produit des associations fausses et des états émotionnels consécutifs entraînant des volitions qui paraissent antiphysiologiques, lorsqu'il est impossible de suivre le rôle des sensations subjectives.

En dehors de ces causes de troubles, l'association peut encore être pervertie dans les mêmes circonstances par un autre procédé qui s'expliquera par l'exemple suivant : Un des sujets normaux souffrant de migraine, on lui met sous les yeux le mot « biscuit » auquel il associe au bout de 2",70 le mot « Jeanne d'Arc », le mot avait éveillé successivement l'idée d'une assiette de biscuits disposés en quadrilatères superposés, puis celle de bûcher et enfin celle de Jeanne d'Arc. Les deux représentations intermédiaires avaient été trop faibles pour être considérées comme réelles par le sujet lui-même. On peut supposer que, dans d'autres cas, les représentations intermédiaires restent au-dessous de la conscience et l'association fausse est inexpliquée. Dans cet exemple, on voit que tenant compte des idées intermédiaires, le temps d'association quoique augmenté, n'atteint pas une seconde; la faiblesse des représentations joue donc un rôle important dans la production de l'erreur.

Si nous considérons que le délire est constitué par une « perversion de l'entendement qui fait que le malade associe des idées incompatibles, et prend ces idées ainsi alliées pour des vérités réelles », on comprendra comment tous les états de dépression où peuvent se faire ces sortes d'associations réalisent les conditions physiologiques du délire. Du reste, on sait quel rôle jouent dans l'étiologie des troubles mentaux, les chocs moraux ou physiques, la douleur sous toutes ses formes, surtout lorsqu'elle est prolongée, les maladies aiguës ou chroniques, qui réalisent les conditions où se produisent la faiblesse et la lenteur de la perception et de l'association. D'autre part, il est avéré que toutes les maladies mentales commencent par des phénomènes de dépression : on a même nié que les émotions toniques puissent jamais provoquer la sensation (Esquirol) et les observations contradictoires de Gregory ne sont pas fort probantes.

Enfin le retour des associations normales, qui marque la guérison des troubles mentaux, coïncide généralement avec un relèvement de la santé physique et de la tonalité émotionnelle, et l'expérience montre que ce sont les moyens les plus propres à restaurer les fonctions de nutrition qui agissent le plus efficacement pour la restauration des fonctions psychiques.

En général, l'activité des fonctions psychiques paraît en rapport avec l'intensité des processus de nutrition. Ce rapport n'existe pas seulement dans les états d'exaltation ou de dépression; les perversions de la nutrition entraînent aussi des perturbations de l'intelligence par des procédés analogues. Si certains sujets, dans un état habituel de dépression psychique, comme les déments ou les faibles d'esprit, sont capables de montrer une suractivité intellectuelle sous l'influence d'états fébriles, il n'en est pas de même chez les sujets normaux. Lorsque la température a dépassé les limites qu'elle peut atteindre dans les excitations physiologiques, on observe une diminution de la sensibilité sous toutes les formes, du pouvoir de discrimination, un allongement du temps de réaction et du temps d'association : j'ai pu constater l'existence de ces troubles dans plusieurs cas de grippe, d'érysipèle, dans un cas de phlegmon diffus, etc. Les troubles fonctionnels de la sensibilité et de l'association jouent probablement un rôle important dans les différentes formes d'aphasie des fièvres ; en tout cas, ils constituent les conditions physiologiques du délire qui se produit souvent dans ces maladies.

Dans les troubles de nutrition d'origine toxique, comme dans l'alcoolisme, on retrouve les mêmes altérations de la sensibilité, de la motilité, du temps de réaction, du temps d'association, conditions physiologiques du délire qui se développe d'autant plus aisément que le sujet était sous le coup de préoccupations fixes (obsessions des héréditaires, obsessions professionnels ou autres).

## REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

I. — ETAT ACTUEL DE LA QUESTION DE LA PATHOGÉNIE DE LA DIPHTÉRIE, par le professeur F. LŒFFLER. *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1890, n° 5, p. 81, et n° 6, p. 108.

II. — RECHERCHES SUR LES POISONS DES BACTÉRIES (BACILLES DE LA DIPHTÉRIE), par les professeurs L. BRIEGER et C. FRAENKEL, de Berlin. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1890, n° 11, p. 241, et 12, p. 268.

I. — En 1884, Lœffler (*Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt*, t. II) a donné une description détaillée des

caractères morphologiques et biologiques d'un bacille dont la présence est constante au sein des produits morbides de la diphtérie, et qui était, selon Lœffler, le seul véritable germe pathogène de cette maladie. Les recherches postérieures de Babes, de d'Espine, de Roux et Yersin, de Kolische et Paltauf, d'Ortmann, de Zarniko, d'Escherich, etc., ont confirmé l'exactitude de ces assertions.

Des cultures du bacille de Lœffler, introduites dans la trachée, occasionnent chez le lapin, le cobaye, la poule, le pigeon, des accidents semblables à ceux du croup et en rapport avec la production d'une fausse membrane. Introduites en petites quantités sous la peau d'un cobaye, ces mêmes cultures déterminent la formation d'un exsudat grisâtre au siège de l'inoculation. Tout autour se développe un œdème hémorrhagique, qui, souvent, se propage à une certaine distance. Des hémorrhagies apparaissent dans les ganglions œdématiés et le long des nerfs, dans les parties environnantes. Souvent aussi, la plèvre est envahie par un exsudat hémorrhagique.

Dans sa nouvelle publication, Lœffler s'est particulièrement attaché à établir que son bacille de la diphtérie avait été confondu, par différents observateurs, avec d'autres bacilles, qui se rapprochent beaucoup du premier par leurs caractères morphologiques et biologiques, mais sans qu'il y ait identité parfaite de caractères de cette nature, et qui s'en distinguent surtout, parce qu'ils n'ont pas les propriétés pathogènes du bacille de Lœffler. Il n'est pas à nier cependant que ce bacille ne se rencontre exceptionnellement dans les humeurs et les tissus sains, et aussi dans des foyers morbides qui n'ont rien à voir avec la diphtérie. Lœffler a isolé le bacille en question de la salive d'un enfant qui était en parfaite santé; von Hoffmann et Babes sont arrivés au même résultat et à plusieurs reprises.

Le point essentiel du récent travail de Lœffler est relatif aux tentatives faites par ce bactériologue, pour isoler le poison auquel sont imputables, en majeure partie du moins, les manifestations pathologiques consécutives aux inoculations de cultures du bacille de la diphtérie. De ce que les bacilles ne se rencontrent pas dans les organes internes des cobayes qui succombent moins de quatre jours après l'inoculation, de ce que celle-ci entraîne, chez certaines espèces animales (cobayes, pigeons), des paralysies motrices tardives, Lœffler avait conclu à l'intervention d'un poison chimique, isolable des bacilles. Il a exposé les manipulations chimiques par lesquelles il a réussi à isoler une substance qui, injectée à des cobayes, a provoqué les mêmes accidents que les injections d'une culture du bacille de Lœffler. Il considère cette substance comme une sorte d'enzyme (on verra plus loin que cette assertion a été réfutée par Brieger et Fraenkel), analogue au poison contenu dans les semences de jequirity, mais d'une activité toxique beaucoup plus considérable.

MM. Roux et Yersin, en France (*Ann. de l'Institut Pasteur*, t. II, n° 12, p. 629), MM. Kolisko et Paltauf, en Allemagne, ont également réussi à isoler des cultures du bacille de Lœffler, un poison dont l'inoculation développe chez les cobayes et les pigeons les mêmes désordres que l'infection des cultures mêmes. Les uns et les autres ont procédé par voie de filtrage, les expérimentateurs français se servant du filtre Chamberland, MM. Kolisko et Paltauf, du filtre micro-membrane de Beyer. Ce poison, qui manifeste une virulence extrême quand il est injecté sous la peau, a pu être ingéré en quantités considérables, par les cobayes et les pigeons, mélangé aux aliments, sans causer le moindre symptôme d'intoxication.

II. — Les recherches de Brieger et Fränkel se rapportent au même sujet; en voici les principaux résultats:

Tout d'abord les ensemencements faits suivant les indications de Lœffler, avec les produits morbides provenant de 22 cas de diphtérie du pharynx et du larynx, ont produit, d'une façon régulière et constante, des colonies du bacille de Lœffler, offrant cette variabilité de caractères morphologiques et de virulence qui paraît être propre à ce bacille.

Mais la partie intéressante des recherches des deux auteurs est relative à l'étude des effets des cultures diphtéritiques privées de bacilles. Brieger et Fränkel ont utilisé des cultures obtenues, les unes dans du bouillon contenant des peptones, les autres dans ce même milieu, additionné de 4 à 5 0/0 de glycérine ou de sérum de sang de bœuf stérilisé. Pour séparer les bacilles du milieu de culture, ils se sont servis, en thèse générale du procédé employé par Roux et Chamberland: filtrage à travers le filtre de Chamberland. Ils ont reconnu, toutefois, qu'on réussit à faire périr les bacilles sans influencer la toxicité des cultures, lorsqu'on soumet celles-ci, pendant 3 à 4 heures, à l'action d'une température de 50°, à condition de n'opérer que sur une faible quantité de liquide (10 à 12 cent. cubes.)

Des quantités variables du liquide de culture ainsi traitées ont été inoculées à des cobayes, dans le tissu cellulaire souscutané, dans les cavités abdominale et thoracique, dans la veine jugulaire.

Les effets développés dans ces conditions dépendaient des quantités de liquide injecté et de la voie d'introduction. C'est-à-dire que la mort de l'animal survenait d'autant plus vite que la quantité de liquide injectée était plus considérable et le passage du principe virulent dans le sang plus rapide. Les symptômes observés à la suite de ces inoculations étaient les mêmes que ceux qu'on développe en injectant des liquides de culture n'ayant pas été soumis au filtrage ni exposés à une température qui tue le bacille de Lœffler. On en peut dire autant des lésions constatées à l'autopsie. Bref, les recherches de Brieger et Fränkel ont confirmé les résultats annoncés par MM. Roux et Yersin, à savoir que: les cultures du bacille de Lœffler renferment dans leur masse une substance toxique soluble, susceptible d'être isolée des bacilles, et produisant par voie d'inoculation les mêmes effets que ceux-ci, quand on opère sur des animaux qui réalisent les conditions voulues de réceptivité. De plus, détail ignoré jusqu'alors, il s'est fait voir que cette substance perd ses propriétés toxiques, lorsqu'on l'expose à l'action d'une température supérieure à 60°, mais qu'elle résiste à l'action d'une température de 50°, même quand le liquide qui la tient en suspension renferme un excès d'acide chlorhydrique.

Cette dernière circonstance était déjà de nature à faire supposer que le poison chimique des cultures du bacille de Lœffler n'est pas un ferment, un enzyme.

En poursuivant leurs recherches, Brieger et Fränkel croient avoir acquis la preuve que ce poison n'est pas non plus une ptomaïne. Ils ont constaté, comme l'avaient déjà fait Roux et Yersin, l'insolubilité de ce poison dans l'alcool, sa solubilité dans l'eau. En laissant tomber goutte à goutte de l'alcool dans une solution aqueuse, ils ont obtenu un dépôt floconneux, d'un blanc grisâtre, lent à gagner le fond du vase, dont on accélérait la formation, en ajoutant avec précaution de petites quantités d'acide acétique. Redissous dans l'eau, puis, après filtration du liquide, précipité une nouvelle fois par l'alcool, ce corps a été desséché dans le vide. Des expériences faites sur des animaux ont démontré qu'il possédait les mêmes propriétés pathogènes que le poison contenu dans les cultures

du bacille de Lœffler. Les deux ne font donc qu'une seule et même substance.

Le corps ainsi isolé par Brieger et Fränkel contient du soufre ; il donne les mêmes réactions que les substances albuminoïdes. Bref il est de l'ordre de ces dernières. Il se présente sous l'aspect d'une masse d'un blanc neigeux, amorphe, très peu dense. Par les réactions qu'il donne, il se rapproche de la serum-albumine. Mais si on en juge par les résultats de l'analyse chimique, il se rattache plutôt au groupe des albumoses et des peptones. Ces résultats de l'analyse chimique se chiffrent ainsi : C 45,35 ; H 7,13 ; Az 16,33 ; S 1,39 ; O 29,80.

Autre point très important, ce poison chimique, auquel Brieger et Fränkel proposent de donner le nom de toxalbumine, prend naissance dans les bouillons de culture, aux dépens de la matière albuminoïde du sérum du sang de bœuf. Dans l'organisme vivant, infecté par les bacilles de la diphtérie, il prend naissance aux dépens de l'albumine organisée des tissus. C'est du moins ce que prétendent Brieger et Fräenkel. La toxabulmine serait, en somme, un produit de désassimilation de la propre snbstance de l'organisme infecté.

Voilà une conclusion qui nous fait entrevoir sous des aspects tout nouveaux le rôle pathogène des microbes. Car ce n'est pas seulement des cultures du bacille de la diphtérie qu'on réussit à isoler des toxabulmines. M. Brieger et Fräenkel ont poursuivi leurs recherches sur des cultures (bouillon seul et bouillon additionné de sérum de sang de bœuf) des variétés suivantes de bactéries : bacille de la fièvre typhoïde, du tétanos, du choléra, staphylococcus aureus ; bactérie charbonneuse. D'une façon constante ils ont réussi à isoler des corps se rattachant aux substances albuminoïdes par leurs caractères chimiques et doués d'une toxicité qu'on met en évidence en les inoculant à des animaux.

Brieger rappelle à ce propos, que dans ces derniers temps, Hanburg Hankin (*British medical journal*, 1889, p. 810) a isolé des cultures charbonneuses « une albumose », véritable vaccin qu'il suffit d'inoculer en petites quantités à des souris et à des cobayes, pour rendre ces animaux refractaires aux inoculations ultérieures de cultures charbonneuses.

D'autre part Christmas (*Annales de l'Institut Pasteur* 1888) a isolé des cultures du staphylococcus aureus un corps albuminoïde, qui provoque la suppuration quand on l'injecte dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je passe sur les quelques renseignements que fournissent Brieger et Fräenkel relativement aux caractères chimiques et à la toxicité des différentes toxalbumines dont il a été question en dernier lieu. Pour en finir avec ce qui a trait à la toxalbumine isolée des cultures du bacille de Lœffler, cette toxalbumine présente une certaine analogie avec l'ichtyotoxique, extrait par M. Mosso (*Archives italiennes de biologie*), t. XII) du sérum sanguin des mnreindes, ainsi qu'avec la ricine, extraite par Kobert et Stillmark des semences du ricin (Voir : Revue de thérapeutique et de pharmacologie, in *Gazette médicale de Paris*, 1890, n° 16, p. 186.)

(*A suivre.*) E. Ricklin.

---

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

## REVUE DES THÈSES

Contributon a l'étude des manifestations médullaires du rhumatisme articulaire aigu, par Paul Chevreau (Thèse Paris, 1889. Steinheil, édit.)

Depuis quelque temps, l'attention est appelée par l'action des maladies infectieuses sur la moelle. La nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu n'est pas démontrée. Néanmoins le retentissement de cette affection sur la mœlle a été noté par nombre d'observateurs.

Les manifestations médullaires du rhumatisme articulaire sont bénignes, moyennes ou graves.

Dans la forme bénigne, bien étudiée par Besnier, dans l'article du Dictionnaire encyclopédique, on constate une rachialgie assez vive, avec élancements douloureux dans les membres inférieurs et un certain degré de paraplégie. Les réflexes sont légèrement exagérés. La vessie est ordinairement paresseuse, sans qu'il y ait rétention d'urine complète. La constipation est habituelle. Ces accidents ne se montrent le plus souvent qu'après l'installation du rhumatisme sur les jointures. Quelquefois cependant ils la précèdent.

La forme moyenne se caractérise par l'exagération des symptômes précédents.

La vessie et le rectum sont inertes. La paraplégie s'établit d'emblée, et la motilité reparaît dans les membres frappés, à mesure que les arthropathies s'établissent. La fièvre est ordinairement assez vive.

Dans la forme grave, dont l'auteur rapporte une observation, la paralysie des membres inférieurs s'établit d'emblée et précède d'assez loin l'apparition des anthropathies. Des eschares se forment comme dans les myélites aiguës, et la mort s'ensuit, sans qu'on trouve à l'autopsie autre chose qu'une injection de la pie-mère plus prononcée au niveau du segment lombaire de la moelle, une coloration plus rosée de la substance grise centrale et un piqueté rouge de cordons blancs. Il est rare qu'à ces désordres congestifs se joigne le ramollissement inflammatoire de la mœlle.

Quant à la cause qui préside à ces manifestations médullaires du rhumatisme articulaire aigu, elle est absolument hypothétique.

Le principe morbifique se porte sur l'appareil spinal. Mais s'agit-il d'un poison ou d'un microorganisme, c'est ce qu'il est impossible d'établir ?

En dégageant de la fièvre typhoïde les symptomes qui proviennent des intoxications secondaires, ne pourrait-on pas décrire un type normal de cette maladie. (Th. Paris, 1889, par Louis Sudre.).

Ce titre, sous forme de question, rappelle par sa longueur l'énoncé de certaines argumentations philosophiques au moyen âge. L'auteur, se basant sur un chiffre restreint d'observations, émet l'affirmation suivante : « La fièvre typhoïde, après avoir simulé une pyrexie à grand éclat, tiendrait dans la plupart des cas, à modérer sa marche, si l'infection intestinale surajoutée ne venait secondairement empoisonner l'organisme humain. »

D'après M. Sudre, tout le second septénaire de la fièvre typhoïde et le commencement du troisième, sont remplis par la période d'intoxication intestinale. L'hyperthermie, est, en grande partie, la résultante de cette intoxication. Grâce à la

naphtaline et à l'iodoforme administrés par l'auteur, l'hyperthermie cesse ou diminue tout au moins.

Les observations relatées par l'auteur ne sont pas convaincantes.

Bien plus, alors qu'aujourd'hui la naphtaline et l'iodoforme sont remplacés par un antiseptique plus efficace, le naphtol l'action de ce dernier est encore sujette à contestation.

Cadet de Gassicourt disait il y a peu de temps, à la Société médico-pratique (séance du 9 décembre 1889), que le naphtol n'a pas donné ce qu'on attendait de lui et Huchard appuyait l'opinion de Cadet de Gassicourt.

Nous en dirons autant de la naphtaline et de l'iodoforme prônés avec tant de conviction par M. Sudre.

Évolution simultanée de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. (Rougeole et scarlatine), par O. Estève. (Th. Paris, 1889.)

L'évolution simultanée de plusieurs maladies infectieuses est un fait fréquent.

La coexistence de la rougeole avec la fièvre typhoïde représente un type rare d'association, et son pronostic est fort sombre. Outre qu'il s'agit là de deux maladies à manifestations pulmonaires, cette gravité excessive tient, suivant l'auteur, à une autre cause. « Le microbe de la rougeole et celui de la fièvre typhoïde en contact semblent s'exalter mutuellement, dit M. Estève ».

Autrement bénigne est la fièvre typhoïde évoluant avec une scarlatine. La guérison survient habituellement.

La scarlatine apparaît soit pendant la période d'incubation, soit pendant la période d'invasion de la fièvre typhoïde. La marche de chaque maladie est à peu près régulière. Deux points néanmoins sont à noter au point de vue clinique : 1° la desquamation de la scarlatine est presque toujours retardée et prolongée; 2° les taches rosées lenticulaires manquent la plupart du temps, peut-être, dit l'auteur, parce que leur éclosion s'est opérée pendant la desquamation. Ces taches sont recouvertes et cachées par des lamelles épidermiques mortes et opaques et ne peuvent être aperçues.

Le mémoire de M. Estève attire l'attention sur ces faits intéressants.

La caféine ; action tonique et excitante des injections sous-cutanées, par le Dr Gaston Amat. (Th. Paris, 1889.)

Cette thèse est inspirée par les travaux de M. Huchard. L'éminent médecin de l'hôpital Bichat a établi que la caféine est indiquée, toutes les fois qu'il s'agit de réveiller l'action du myocarde ou celle du système nerveux épuisé. Chez les cardiaques, les pneumoniques, les typhoïdiques, les adynamiques enfin, sous l'influence de la caféine, les battements du cœur se régularisent, et diminuent de fréquence, le pouls auparavant petit, irrégulier, insensible, se relève et la quantité d'urine émise augmente.

Le médicament a l'avantage de pouvoir être administré par injections sous-cutanées associé à des quantités à peu près égales de benzoate ou de salicylate de soude. Ces injections sont peu douloureuses et sont de beaucoup préférables aux injections d'éther. La dose peut être portée, par injections de 25 centigr. jusqu'à 2 gr. 50 par jour.

Les observations qui suivent la thèse de M. Amat sont encourageantes.

Nous aurions aimé voir l'auteur parler des injections sous-cutanées d'ergot qui, en relevant la tension artérielle, agissent d'une manière si favorable, dans certaines maladies infectieuses (pneumonie et fièvre typhoïde). Les injections d'éther associées à celles d'ergot nous ont donné nombre de fois des guérisons inespérées.

Les injections sous-cutanées de caféine ne devront pas faire oublier celles que l'on pratique à l'aide des deux médicaments précédents.

Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales sous-cutanées, par A. Loysel de la Billardière. (Th. Paris, 1889.)

Il s'agit de petites tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans l'atmosphère celluleuse des tendons et du périoste, et se développant le plus souvent au cours du rhumatisme. Ces tumeurs ou nodosités consistent en un tissu embryonnaire présentant en quelques points une organisation plus ou moins avancée et subissant par places un travail nécrobiotique ou de résorption moléculaire. On les rencontre sur toutes les parties du corps.

Après un début brusque, sans prodromes, ces nodosités, qui sont indolores, restent plus ou moins longtemps stationnaires et disparaissent progressivement sans laisser de traces.

Le pronostic est donc bénin, si l'on s'en tient à cette lésion. Il est fort grave si l'on envisage les complications d'un autre genre qui, dans la majorité des cas, accompagnent la production des nodosités.

Chorée, troubles cardiaques, pleurésie, érythème, purpura, se montrent en même temps que l'accident qui nous occupe.

L'auteur établit le diagnostic de cette affection avec les nodosités sous-cutanées éphémères chez les arthritiques, décrites par Féréol. Ces dernières ne durent jamais plus de 24 à 48 heures et siègent dans l'épaisseur de la peau, à l'opposé des nodosités rhumatismales qui, avons-nous dit plus haut, occupent le tissu cellulaire sous-cutané.

Contribution à l'étude de la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine, par Mademoiselle Margoulieff (Th. Paris, 1889.)

La transmission au fœtus des maladies de la mère a été niée longtemps. Les premiers travaux histologiques prouvaient que le placenta était un organe fermé et que ses villosités ne communiquaient pas librement avec le sang maternel. Mais voici qu'en dépit de l'histologie, les faits cliniques s'accumulent. La rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la morve, la tuberculose, le choléra asiatique, les oreillons, la variole, etc, ont été vus transmis de la mère au fœtus. La raison de cette contradiction des faits cliniques avec l'histologie, a été donnée par Mælvoz, dans un mémoire des Annales de l'Institut Pasteur. Cet auteur a établi que le micro-organisme ne franchit la barrière placentaire, pour atteindre l'embryon, que dans les cas où le placenta présente des altérations histologiques des villosités choriales; qu'il s'agisse du ramollissement d'une nodosité dans la tuberculose, de points hémorrhagiques dans la variole, ou d'autres lésions encore. La connaissance de ces faits permet de comprendre les cas de grossesses gémellaires, chez une femme varioleuse, où un seul fœtus est atteint.

En cas de contamination du fœtus par la mère, ce qui n'arrive que dans les varioles graves, l'incubation de la variole peut alors être plus prolongée que chez l'adulte et dépasser 30 jours (15 jours d'incubation chez l'adulte). D'ordinaire la face du fœtus est respectée. Les pustules sont blanchâtres, aplaties et suivent la marche des pustules qui viennent sur les muqueuses. Les cicatrices qu'elles laissent sont rares et peu profondes. D'ordinaire, mais non toujours, la mort du fœtus est la règle, et la femme avorte. L'auteur rappelle les cas où le fétus contracte la variole, dans le sein de la mère,

sans que cette dernière soit atteinte, et qu'elle présente d'autres troubles qu'un malaise général, de l'amaigrissement et des douleurs utérines.

Il insiste également sur les dangers de contagion qu'offrira à l'occasion un enfant d'apparence sain, né d'une mère varioleuse. L'enfant peut contracter la variole dans les jours qui suivent sa naissance et devenir ainsi une cause de contamination.

C. F.

## BULLETIN

CONTAGIOSITÉ DE LA LÈPRE. — DE LA TRÉPANATION POUR COMBATTRE LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX CONSÉCUTIFS A DES TRAUMATISMES ANCIENS DU CRANE. — ÉTAT DE LA NUTRITION DANS L'HYPNOTISME. — UN FOYER D'IMPALUDISME A PARIS. — LA DIPHTHÉRIE DES OISEAUX ET LA DIPHTHÉRIE HUMAINE.

On se rappelle les nombreuses discussions auxquelles a donné lieu la question relative à la contagiosité de la lèpre. L'observation apportée à la tribune de l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, mardi dernier, par M. le Dr Forné, constitue, dans le débat, un document d'une haute importance par la netteté avec laquelle cette observation a pu être prise et la précision de la conclusion qui s'en dégage. Que les cas de contagion soient rares, c'est possible, mais, après des faits semblables à celui de M. Forné, nier cette contagion paraît difficile.

— M. Terrillon a communiqué à la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE un fait intéressant de trépanation, suivi de guérison, pour une céphalalgie, persistante et rebelle, consécutive à une ancienne contusion du crâne. Dans la discussion qui a suivi cette communication, on voit la plupart des chirurgiens d'accord et sur l'efficacité, en pareil cas, de la trépanation, et sur la difficulté d'interpréter les heureux résultats obtenus d'après les lésions observées. Si, en effet, on a pu parfois invoquer l'ostéite ou même une lésion des méninges, souvent on ne trouve rien. Dans certains cas on est autorisé à penser à des phénomènes d'hystéro-traumatisme qu'une opération peut heureusement modifier. Il en est d'autres où, jusqu'à nouvel ordre, on est obligé de constater, sans déterminer le pourquoi, les bons effets de l'intervention chirurgicale. Nous ne sommes guère plus avancés, dans ces cas particuliers, que les Arabes qui pratiquent empiriquement la trépanation toutes les fois que des phénomènes douloureux ou convulsifs (accès épileptiformes) se montrent d'une manière persistante à la suite de traumatismes du crâne. Il est permis d'espérer, avec les progrès de la physiologie pathologique, que ces cas deviendront de plus en plus rares.

— Il n'est pas inutile de savoir, en ce temps de véritable débauche d'hypnotisme, que l'état hypnotique constitue véritablement un état pathologique. Pour les neuro-pathologistes, le fait n'a plus besoin d'être démontré. Mais, sans parler des gens du monde dont beaucoup ne voient dans les séances d'hypnotisme qu'une récréation inoffensive pour eux et pour les sujets sur lesquels on expérimente, il est bon nombre de médecins qui n'attachent pas une importance suffisante au côté pathologique que présente l'hypnotisme, tant dans sa nature même que dans ses conséquences. Or la chimie biologique intervient à son tour pour montrer que l'hypnotisme agit, au même titre que l'attaque, ou l'état de mal hystérique, pour modifier la nutrition. Dans une note communiquée à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, M. Gilles de la Tourette dit avoir, en effet, constaté, chez un sujet plongé depuis une heure dans une période de grand hypnotisme (léthargie, catalepsie, somnambulisme), une diminution des éléments de l'urine et un abaissement du taux de tous les *excreta* urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers. Ces résultats, semblables à ceux que le même auteur a obtenus à la suite des phénomènes de la grande hystérie, montrent que l'hypnotisme se rapproche notablement de celle-ci et constitue ainsi un état pathologique. La chimie biologique conduit donc, sur ce point, à la même conclusion que la clinique.

— A Paris, comme partout ailleurs, les travaux de tranchée, de terrassement, donnent lieu, transitoirement ou accidentellement, à des cas de fièvre intermittente : il n'est pas de praticien qui n'en ait observé. L'arrosage même des rues a été accusé, peut-être non sans raison, de produire de ces cas à certaines époques. Quoi qu'il en soit, avec les progrès de l'hygiène et des mesures de voirie, ces cas deviennent de plus en plus rares. Mais ils n'ont pas complètement disparu et, d'après une communication de M. Comby à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX, il existerait même à Paris un foyer permanent d'impaludisme : le canal Saint-Martin. Notre confrère a cité l'exemple d'un jeune enfant de quatorze mois, qui a pris la fièvre sur les bords de ce canal. MM. Balzer, Netter et Barth ont fait remarquer, à ce sujet, qu'il est de notoriété publique que les émanations du canal Saint-Martin donnent lieu, dans le quartier et dans l'intérieur même de l'hôpital Saint-Louis, à des cas assez fréquents de fièvre paludéenne. On observe parfois des accidents pernicieux. Il y a donc là un point qui mérite de fixer tout particulièrement l'attention de l'administration.

— Une autre question d'hygiène, plutôt rurale qu'urbaine, a été portée par M. Saint-Yves-Ménard devant la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE : il s'agit des rapports de la diphthérie des oiseaux avec la diphthérie humaine. Nous avons, à cette place même, rendu compte de différents travaux dans lesquels les auteurs identifiaient en quelque sorte les agents des deux maladies, et expliquaient, dans nombre de cas, l'origine des épidémies de diphthérie humaine par une épidémie de même nature préexistant chez les animaux de basse-cour. M. Saint-Yves-Ménard proteste contre cette opinion ; à l'encontre des faits sur lesquels elle est censée s'appuyer, il cite d'autres faits dans lesquels on a vu des enfants soigner des oiseaux atteints de diphthérie sans que jamais aucun d'eux ait été atteint de la maladie. De plus, les recherches bactériologiques montrent que le microbe de la diphthérie humaine est différent de celui de la diphthérie des oiseaux. On ne saurait donc assimiler les deux affections et, par suite, les mesures prophylactiques ayant pour base cette assimilation perdent leur raison d'être. L'opinion de M. Saint-Yves-Ménard, appuyée par MM. Lucas-Championnière et Napias, a besoin peut-être de nouvelles recherches pour que tous les doutes soient dissipés et qu'elle soit adoptée par la généralité des hygiénistes.

Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

UTILISATION DES LITS VACANTS DES HOPITAUX DE PROVINCE. — On a souvent constaté que les hôpitaux et hospices de Paris étaient encombrés, tandis que dans un grand nombre de petites villes il y a de nombreux lits vacants. Afin de voir si l'on ne

pouvait pas utiliser ces places, dans une certaine mesure, le ministre de l'intérieur a demandé aux préfets un relevé exact du nombre de lits existant dans tous les hospices ou hôpitaux de leur département, avec l'indication des lits inoccupés dans chaque établissement.

La rage à Paris et a Lyon. — Dans le rapport qu'il a adressé au préfet de police sur les cas de rage humaine observés, pendant l'année dernière, dans le département de la Seine. M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait connaître qu'il s'est produit en 1889 six cas de rage, dont trois sur des personnes traitées à l'Institut Pasteur et trois sur des individus n'ayant pas été soumis à des inoculations antirabiques. Dans ces six cas, la période d'incubation de la maladie a varié entre trente jours et treize mois.

Voici comment se répartissent, pour les trois dernières années, les insuccès à la suite du traitement pastorien :

| | Personnes traitées. | Décès. | Mortalité. |
|---|---|---|---|
| En 1887 | 306 | 3 | 0.07 0/0 |
| En 1888 | 385 | 5 | 1.29 0/0 |
| En 1889 | 536 | 3 | 1.27 0/0 |

Voici maintenant la mortalité qui a frappé, pendant le même laps de temps, ceux qui n'ont suivi aucun traitement : en 1887, 15.90 0/0 ; en 1888, 13.33 0/0 ; en 1889, 7.58 0/0.

Le rapporteur constate, en terminant, que le traitement pastorien n'empêche pas la persistance de la rage ; pour la supprimer, il faudrait que les prescriptions de loi du 21 juillet 1881 et du décret du 22 juin 1882 fussent rigoureusement appliquées.

C'est ce qu'à pensé et ce que vient d'exécuter le maire de Lyon, où en moins d'un mois, 22 chiens enragés ayant mordu 14 personnes, avaient été envoyés à l'école vétérinaire. Il a pris un arrêté qui porte que tous les chiens qui ne seront pas tenus en laisse, ou munis d'une muselière, seront saisis, conduits à la fourrière et mis à mort si, dans le délai de trois jours, ils ne sont pas réclamés.

L'École navale de santé. — Le Conseil municipal de Bordeaux vient d'approuver à l'unanimité moins 3 voix les termes du rapport de M. Daney au sujet des négociations entamées pour l'exécution d'une École navale de santé.

Aux termes de ce rapport, la ville se charge d'exécuter tous les travaux nécessaires pour aménager l'immeuble choisi par la marine. Cet immeuble sera affecté à titre gratuit. La ville prendra en outre, à sa charge, l'entretien locatif, l'eau, l'installation première du matériel et le mobilier; elle fera construire à ses frais les laboratoires spéciaux nécessaires.

Elle s'engage à mettre pour le 1er novembre un local provisoire à la disposition de l'École, à proximité de la Faculté. Enfin, elle prend à sa charge dix bourses avec trousseaux répartis sur trois années d'études.

Souscription pour l'érection d'un buste a la mémoire de Damaschino. — Une souscription est ouverte pour l'érection d'un buste à la mémoire du très regretté professeur Damaschino dans la salle des actes de la Faculté de médecine. Le comité se compose de MM. Henri Roger, Charcot, Brouardel, Gouguenheim, Bardoux, sénateur, Francis Charmes, député, Pauly, conservateur de la Bibliothèque nationale. Les secrétaires sont MM. Letulle, 125 boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beanne.

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu, dimanche 11 mai à 2 heures très précises, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1889, par le secrétaire général;

2° Election d'un président et de deux Vice-Présidents.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la *Commission générale* :

*Président* : M. Brouardel.

*Vice-Présidents* : MM. Blanche et Guyon.

3° Tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

La Policlinique a Paris. — La policlinique, qui fonctionne et rend de grands services à l'étranger dans les centres universitaires, tant pour l'enseignement médical que pour l'assistance des indigents de la ville, manque à Paris, malgré de louables efforts, qui étaient trop isolés pour pouvoir réussir. Un groupe de jeunes médecins instruits, la plupart, sinon tous anciens internes des hôpitaux, partant du principe que l'union fait la force et par suite le succès, a entrepris de fonder une *Policlinique* où des consultations seront données sur les différentes branches de la médecine, et où les élèves seront appelés à recevoir un enseignement élémentaire et pratique. Cette policlinique, instituée 28, rue Mazarine, fonctionne depuis une quinzaine de jours et sera officiellement inaugurée le dimanche 11 mai.

## NOUVELLES

*Concours du bureau central.* — Le jury du concours pour trois places de médecins du bureau central est provisoirement composé de MM. Ballet, Decroiziiles, Felizet, Hayem, Millard, Peter et Quinquaud.

*L'hôpital du Midi et l'hôpital de Lourcine.* — MM. les Drs Mauriac, du Castel, Humbert, Balzer, de Beurmann et Pozzi, médecins et chirurgiens de ces deux hôpitaux, ont repris leurs conférences cliniques, le mercredi 30 avril, à 9 heures 1/2.

La première conférence a eu lieu à l'hôpital du Midi, la seconde se tiendra à l'hôpital de Lourcine, et les autres alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

### OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Les épilepsies et les épileptiques*, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre, 1 vol. in-8° avec 67 gravures dans le texte et 12 planches hors texte, 20 fr. (Félix Alcan, éditeur).

L'épilepsie ne peut plus être aujourd'hui considérée comme une névrose autonome. Les troubles décrits sous ce nom présentent des variétés nombreuses, la clinique et l'anatomie pathologique ont montré que ces troubles étaient sous la dépendance de conditions physiologiques ou anatomiques multiples.

Ils prennent une forme aiguë ou chronique suivant le caractère accidentel ou permanent de ces conditions, sans modification fondamentale dans leur forme. M. Féré a étudié tous ces cas, en suivant les méthodes de la physiologie expérimentale; nous citerons particulièrement les études relatives aux phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxymes et qui constituent les éléments de la stupeur et de la démence.

De ces études méthodiques il a tiré nombre d'indications thérapeutiques et hygiéniques. Le traitement ne remplit pas moins de six chapitres où figurent en particulier les récents résultats

de l'intervention chirurgicale. L'auteur base l'expertise médico-légale, exclusivement sur les phénomènes physiques, et, au point de vue social, il applique aux épileptiques le principe d'utilité qu'il a déjà défendu dans un autre travail.

*Atlas-manuel d'anatomie descriptive du corps humain*, par le Dr A. PRODHOMME. Paris, 1890, 1 vol. in-18 contenant 135 planches dessinées et gravées par l'auteur, avec texte explicatif en regard. Cartonné, 10 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

*Traité pratique des accouchements*, par A. CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition entièrement refondue. Ouvrage complet, 2 vol. in-8°, avec 2 planches coloriées et 930 figures, 30 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

*De l'antisepsie par la résorcine* dans le traitement de la diphthérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou, par les Drs A. Leblond et Ch. Baudier. Une brochure in-8° de 47 pages avec figure dans le texte. — Bureau des publications du *Journal de médecine de Paris*, 35, boul. Haussmann.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 13 MARS AU 19 AVRIL 1890.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 7. — Rougeole, 47. — Scarlatine 9. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses, 38. — Autres, 6. — Méningite, 48. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 55. — Bronchite aiguë, 41. — Bronchite chronique, 54. — Broncho-pneumonie, 56. — Pneumonie, 76. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 17. — Biberon 37. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 37. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 184. — Causes inconnnes, 7. — Total : 1125.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 20 AU 26 AVRIL 1890.

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 3. — Rougeole, 27. — Scarlatine 7. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 52. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 239. — Autres tuberculoses, 37. — Tumeurs cancéreuses, 46. — Autres, 4. — Méningite, 52. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 38. — Broncho-pneumonie, 41. — Pneumonie, 70 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 9. — Biberon, 43. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 39. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 174. — Causes inconnues, 11. — Total : 1130.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII — N° 19 — 10 Mai 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS



Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. LE DOCTEUR BARTH.

### DE LA SPLÉNO-PNEUMONIE.

Leçon recueillie par M. Faure-Miller, interne du service.

Vous pouvez suivre, depuis quelques jours, un homme soigné dans notre salle Delpech ; il est âgé de 47 ans, alité depuis peu de temps, et présente le type net d'un état morbide qui, pour n'être point très rare, n'est cependant pas assez fréquent pour que nous ne lui accordions pas quelques instants d'une étude particulière. Il s'agit d'une affection pulmonaire très spéciale, décrite surtout par M. le professeur Grancher et ses élèves sous le nom de spléno-pneumonie, affection déjà signalée avant l'époque actuelle, mais désignée par des dénominations un peu différentes, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Ce qui nous autorise à revenir sur cette affection d'une façon spéciale, c'est que les erreurs de diagnostic en sont des plus aisées, et que des symptômes lui sont communs avec la pleurésie ; aussi insisterons-nous surtout sur les points qui nous permettront de distinguer cette dernière de la spléno-pneumonie.

Notre homme est de robuste constitution et a toujours été bien portant ; son métier de terrassier exige d'ailleurs une santé vigoureuse. On retrouve, il est vrai, quelques indices de strume dans sa jeunesse ; il a été atteint de gourme, dit-il, et s'est trouvé longtemps porteur de ganglions cervicaux plus ou moins volumineux, mais il s'est fortifié avec le temps et tous ces signes se sont amendés progressivement pour disparaître avec l'âge adulte.

Quinze jours avant son entrée dans notre service, s'étant trouvé exposé au froid humide, il en a violemment subi l'effet ; quelques frissons s'en sont suivis, peu intenses et de courte durée, puis de la dyspnée, de la gêne thoracique, mais aucune sensation de point de côté. Notez bien en passant cette absence de point de côté ; elle constituera pour le diagnostic un moyen différentiel précieux ; nous insisterons d'ailleurs sur les signes qui nous ont permis d'affirmer ici une spléno-pneumonie afin d'être bref quand nous arriverons au chapitre du diagnostic.

En même temps que les phénomènes que nous venons de signaler, il s'est déclaré un très léger mouvement fébrile : c'est là encore une particularité remarquable qui distingue l'affection de la pleurésie. De plus le malade s'est pris à tousser, et cette toux s'est accompagnée d'une expectoration consistant en crachats dans lesquels il a remarqué quelques stries sanguinolentes. Cet état de choses s'aggravant et venant à l'inquiéter, il se présente à l'hôpital et vient réclamer nos soins.

Nous constatons alors que la fièvre a complètement disparu et que l'état du poumon constitue le point le plus important des symptômes. Il existe de la toux, de la gêne respiratoire, mais sans douleur locale, sans point de côté. Le malade crache et l'expectoration consiste en crachats muqueux,

## FEUILLETON

### L'Hospitalisation des enfants a Londres et les hopitaux dispensaires.

(*Suite*) (1)

En 1887 nous avons publié, dans le *Bulletin médical* de Paris, la relation d'une épidémie d'oreillons qui a sévi dans une école maternelle municipale de la ville de Paris. — Il a suffi d'un mur de deux mètres de hauteur séparant les cours, d'une porte vitrée bien close, de l'absence de communication avec les autres enfants et le personnel d'une école voisine de grandes filles, pour que la maladie restât très bien circonscrite. Bussard a rapporté une épidémie semblable limitée dans un seul pavillon d'une grande caserne à l'île d'Oléron.

A l'hôpital des Enfants-Assistés, où nous sommes en ce moment chargé d'un service, nous voyons de temps à autre des cas de contagion de l'un des pavillons à un pavillon voisin. — Est-ce à dire que les germes sont transportés par l'air atmosphérique d'une salle à une autre? S'il en était ainsi bien peu d'enfants échapperaient à la contagion (1).

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17 et 18.

(1) Les bons résultats dûs à l'installation des étuves, système Herscher, dans nos hôpitaux d'Enfants, sont une excellente preuve indirecte contre l'hypothèse de la diffusibilité atmosphérique des germes.

Depuis que la désinfection des vêtements, des pièces de pansement, linges objets de literie, etc., est faite sévèrement, la contagion intérieure a diminué dans des proportions sensibles, surtout aux Enfants-Assistés Dans ce dernier hôpital, nous venons de suivre l'épidémie d'une évolution de rougeole qui a commencé au mois de février 1890. Cette épidémie n'a pu être entravée à cause des retards apportés à la construction d'un lazaret demandé par M. Sevestre.

Les pavillons d'isolement n'étant plus suffisants, les salles de l'infirmerie ont été contaminées. Un certain nombre de cas se sont produits dans le bâtiment où sont placées les petites filles en dépôt. Mais le bâtiment voisin, adjacent, qui loge les garçons, a été entièrement respecté

semi-opaques, de consistance gommeuse, sans filets sanguins d'aucune sorte.

Dans la poitrine, l'auscultation permet de reconnaître en avant quelques râles sonores disséminés, râles de bronchite sans caractère bien spécial ; mais, en arrière, les signes stéthoscopiques sont autrement significatifs. A gauche nous trouvons une matité considérable, complète à la base du poumon, incomplète plus haut où elle décroît peu à peu à mesure que l'on se rapproche du sommet. Sur toute l'étendue de cette matité, il est aisé de percevoir un souffle tubaire doux, et cependant intense, ressemblant assez à celui de la pleurésie, et s'entendant à la fois dans l'inspiration et dans l'expiration. Ce souffle remplace le murmure vésiculaire qui a complètement disparu ; on n'entend guère que quelques râles fins, et cela seulement dans les grandes inspirations, ou encore en commandant au malade de tousser fortement.

Il existe encore un autre phénomène qui appartient à la pleurésie, c'est de l'égophonie, mais une égophonie incomplète, ayant son maximum dans la fosse sous-épineuse et s'étendant jusque vers l'aisselle ; au-dessous de ce point elle disparaît et est remplacée par une autre modification de la conduction pulmonaire, par de la pectoriloquie aphone très nette au chuchotement du malade.

Du côté droit, les phénomènes sont beaucoup moins accentués, mais sont analogues cependant à ceux que nous avons constatés à gauche ; la matité de la base est représentée par de la submatité qui devient moindre vers le sommet ; le souffle, moins intense, se retrouve dans l'aisselle et cette situation éloignée du premier permet d'affirmer que ce n'est pas un bruit propagé, mais un phénomène propre au poumon droit ; le murmure vésiculaire est affaibli sans avoir complètement disparu et l'on trouve, dans les secousses de toux ou les profondes inspirations, des râles fins qui s'étendent presque jusqu'à la base du poumon, ce qui indique que le viscère n'est pas éloigné, mais au contraire assez rapproché de la paroi thoracique.

On nous avait envoyé le malade comme atteint de pleurésie gauche avec épanchement, et, au premier abord, ce diagnostic eût pu paraître exact, grâce au souffle doux, voilé, tel que l'on le retrouve dans cette maladie, à la pectoriloquie aphone, à l'égophonie, enfin à la réunion des symptômes telle que nous l'avons constatée tout à l'heure. Mais différentes particularités nous empêchèrent de nous fixer à ce diagnostic et nous portèrent à examiner les symptômes de plus près. D'abord nous fûmes frappé par l'absence du point de côté qui manque si rarement dans la pleurésie, et de même par la pauvreté de la réaction fébrile. Et puis ce n'est pas une toux sèche qui a été notée au début, mais au contraire une toux accompagnée d'une expectoration abondante, avec crachats nombreux, muqueux, opaques, de consistance gommeuse ainsi que l'on le voit dans les phénomènes congestifs du poumon ; l'état des bronches, d'ailleurs peu atteintes, ne permettait en aucune façon de rapporter cette expectoration à une inflammation de ces dernières.

Enfin, à en juger par la matité si considérable à la base gauche, on eût dû constater quelque déplacement des organes voisins ; or, le cœur n'en avait subi aucun ; il n'existait point d'abolition de la sonorité de l'espace de Traube, ainsi qu'on le voit dans les pleurésies à épanchement abondant, le liquide s'infiltrant alors pour écarter la plèvre diaphragmatique du feuillet pariétal ; la matité et le souffle étaient nettement localisés en arrière et ne changeaient point de siège, même si le malade restait assis pendant quelques instants, modifiant ainsi la déclivité des plans. En dernier lieu, l'existence à droite de symptômes analogues, mais atténués, il est vrai, nous portait à exclure une lésion de la plèvre, les pleurésies doubles s'observant peu fréquemment ; de plus, la matité des bases n'empêchait que relativement d'entendre des râles fins, peu nombreux, il est vrai, mais nettement situés à peu de distance de la paroi.

C'est ainsi que nous fûmes amené, par l'étude approfondie de chaque symptôme, à rejeter le diagnostic de pleurésie avec épanchement, à nous rallier plutôt à celui de congestion pulmonaire ou de spléno-pneumonie, tout en nous réservant d'en établir la confirmation par l'évolution des phénomènes.

Vésicatoire loco dolenti, sulfate de quinine, potion kermétisée, tel fut le traitement institué, et trois jours après nous pouvions observer une modification remarquable des symptômes dans le sens favorable. Nous ne trouvions plus à la base gauche qu'une zone de matité peu étendue et incomplète avec râles fins perceptibles jusqu'en bas, et qu'un souffle très affaibli, conservant à peine son caractère tubaire.

A droite, les changements étaient plus accentués encore, le poumon ayant subi une atteinte moins grande ; plus de ma-

---

Il est bien plus vraisemblable d'admettre que les germes morbides sont transmis par le personnel hospitalier, par les serviteurs ou d'autres véhicules ; car l'inconvénient principal des petits pavillons d'isolement aux Enfants-Assistés, est leur rapprochement, ces pavillons n'étant à peine séparés que de quelques mètres les uns des autres.

Avant de prendre parti dans cette grave question de la dissémination des germes morbides par l'air atmosphérique, il faudrait être assuré d'avoir bien analysé *toutes les conditions* de contact immédiat ou médiat, c'est-à-dire toutes les circonstances dans lesquelles les germes virulents sont déposés sur les personnes, soit par le personnel médical ou hospitalier, soit par les objets très multiples qui servent aux petits malades.

Or, quand de pareilles enquêtes sont conduites rigoureusement, et la difficulté en est grande, — on arrive le plus souvent à suivre à la piste la marche du contage jusqu'au contaminé, en passant par tous les intermédiaires.

---

par la maladie. C'est là une preuve palpable de la non diffusibilité des germes rubéoliques.

Il nous a semblé nécessaire de faire ressortir cette divergence de vues théoriques de la Commission sanitaire municipale et de la Société des médecins des hôpitaux, sur le mode de dissémination des germes, car, dans la pratique, les conséquences de l'opinion admise doivent-être capitales.

La Commission sanitaire réclame l'isolement complet, absolu, le refoulement des malades contagieux hors de Paris, les hôpitaux suburbains.

La Société des hôpitaux demande l'isolement aussi complet que possible, mais dans des pavillons indépendants, construits, par exemple, sur les vastes terrains occupés par nos hôpitaux d'enfants. Nous arrivons ainsi aux *Fever Hospitals* pour enfants.

En ce qui nous concerne, Monsieur le Ministre, nous nous rallions à cette conclusion qui nous paraît à cette heure la plus facilement réalisable et, en même temps, conforme aux règles de l'hygiène hospitalière.

Nous pensons que, sur les terrains de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital des Enfants malades, en élevant des pavillons de bois ou de brique, bien espacés, avec un personnel de serviteurs spécial et indépendant pour chaque pavillon, avec des mesures sévères

tité ni de souffle d'aucune sorte. Si l'on avait à ce moment examiné ce côté pour la première fois, jamais on n'eût pu penser à un état morbide net existant hier encore et dont la résolution eût été si rapide ; on l'eût tout simplement déclaré sain.

Les jours suivants, les phénomènes continuèrent à s'améliorer ; l'engouement du poumon gauche tomba graduellement, l'expectoration cessa d'être gommeuse, filante, pour reprendre des caractères à peu près normaux ; l'appétit revint vite ; en un mot, le retour à la santé fut rapide et complet dans un très court laps de temps.

Et maintenant la question se pose ainsi : qu'a eu notre malade ? ce n'est ni une pleurésie, nous venons de le constater tout au long de l'évolution de l'affection, ni une pneumonie dont le début est si brutal avec son frisson, sa fièvre, son point de côté intense, dont la marche est accompagnée de crachats caractéristiques, de fièvre à courbe et chute particulières, dont le résultat est un état général grave, de durée beaucoup plus longue. Et cependant c'est bien au poumon que le malade a été touché. Eh bien, il paraît avoir été atteint je ne dirai pas de cette maladie, car ce n'en est pas une, mais de cet état morbide auquel ses variétés ont fait donner différents noms selon les auteurs.

Déjà Voillez avait attiré l'attention sur certains phénomènes pulmonaires qu'il avait réunis sous le nom de congestion pulmonaire simple et comme, chez les enfants, ces phénomènes subissent souvent une évolution fébrile et plus rapide, il avait voulu en faire un type clinique à part. Puis M. Potain, il y a dix ou douze ans, au Congrès du Hâvre, avait décrit des symptômes à peu près analogues sous le nom de pleuro-congestion pulmonaire, voulant ainsi indiquer que la plèvre joue un certain rôle dans cette affection encore mal définie. Mais c'est surtout en 1883 que M. Grancher, et après lui ses élèves, en ont fait une étude approfondie et l'ont désignée sous le nom de spléno-pneumonie. M. Grancher comprend sous cette dénonciation un ensemble de phénomènes rappelant ceux de la pleurésie : matité aux bases, souffle tubaire doux, avec symptômes généraux moins intenses que dans la pneumonie, mais plus accentués que dans la pleurésie ; en outre il s'y adjoint un certain nombre de signes accessoires laissant voir que la principale manifestation de l'affection consiste dans un exsudat séreux produit dans le tissu pulmonaire qui devient plus dense, et dans un décours et une terminaison plus rapides que ce que l'on constate dans la pleurésie ou dans la pneumonie.

Les faits de ce genre ne sont pas très rares et je vais vous citer deux autres observations qui me permettront de vous signaler les principales variétés de la spléno-pneumonie.

La première concerne un homme de 60 ans, de constitution robuste, qui vint me consulter, vers la fin de l'automne dernier, avec des symptômes de fièvre catarrhale, de grippe assez légère. Cinq jours après je le revis de nouveau ; la toux était fréquente ; il existait de la gêne thoracique à droite sans point de côté ; à la base du même, l'oreille percevait des bouffées de râles fins très nombreux, et la percussion donnait une diminution notable de la sonorité ; pas de souffle tubaire ni d'expectoration ni de fièvre forte. En somme je me trouvais en face d'une simple congestion pulmonaire ; mais le lendemain, c'est-à-dire en vingt-quatre heures, les symptômes prirent une toute autre allure ; la matité était complète dans le tiers inférieur du poumon droit avec souffle tubaire doux mais intense perçu dans l'inspiration et l'expiration, sans aucun râle. C'était l'aspect d'une pleurésie, avec égophonie, vibrations thoraciques abolies, pectoriloquie aphone ; seulement le point de côté manquait, et était remplacé par une simple gêne respiratoire ; il n'y avait pas non plus le bouton diaphragmatique de la pleurésie droite. Dans les fortes secousses de toux et dans les inspirations profondes, on parvenait cependant à saisir jusqu'en bas quelques râles fins, ce qui permettait d'affirmer qu'il n'y avait pas ou qu'il n'y avait que peu d'épanchement liquide.

Les jours suivants la matité augmenta et avec elle les signes de pseudo-épanchement; mais en même temps se montrèrent à gauche des symptômes analogues quoique bien atténués. Le cours de l'affection fut moins rapide que chez notre homme de la salle Delpech. Grâce à des révulsifs énergiques et répétés, l'amélioration finit par apparaître au bout de trois semaines seulement ; la matité diminua progressivement, et la perméabilité pulmonaire finit par se rétablir ; mais à aucun moment l'on ne perçut de bruit de frottement. Le côté gauche, moins malade que le droit, se dégagea aussi plus vite et le rétablissement complet eut lieu la quatrième semaine.

Notre troisième observation concerne une femme de 45 ans, couchée dans notre salle Archambault affectée aux chroniques. C'était une tuberculeuse au second degré, avec ramol-

---

de désinfection pour les vêtements et les objets de literie, il serait facile de créer deux *Infectious Hospitals* pour enfants.

Il ne faut pas compter pouvoir utiliser, à cette fin, les vieux bâtiments à étages et en pierre qui ont été construits à une époque où l'hygiène hospitalière des enfants n'existait pas. — Jamais l'isolement ne sera possible dans des constructions où les salles se commandent, où les escaliers, les couloirs sont communs, et de plus les communications sont incessantes.

Les adultes, qui sont déjà vaccinés contre la plupart des infections de jeune âge, par une atteinte antérieure, peuvent être accumulés sans les mêmes inconvénients dans ces constructions monumentales ; mais l'enfance, qui est un terrain neuf, prêt à recevoir et à faire pulluler tous les germes, doit être entourée des précautions les plus grandes.

A l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants malades, les pavillons de diphthérie et de scarlatine fonctionnent déjà. A Trousseau, une salle provisoire, mais indépendante, a été affectée à la rougeole. Aux Enfants malades, la rougeole continue à être logée dans les bâtiments communs.

Il convient de hâter la construction des autres pavillons pour la coqueluche, et surtout pour la rougeole.

Il serait également urgent d'aménager, soit un grand pavillon cloisonné et subdivisé, soit plusieurs petites cabanes groupées, pour les malades *suspects* dont la maladie n'a pu encore être exactement déterminée.

Quand on s'est trouvé aux prises avec les difficultés de la pratique, on sait combien il est épineux de se prononcer sur une angine douteuse, sur une rougeole à la période d'invasion, sur une coqueluche au début, etc.

Tous ces suspects doivent être tenus en observation jusqu'à ce qu'on puisse les répartir dans leurs pavillons respectifs.

Il serait également indispensable d'annexer à chaque grand pavillon d'isolement, une ou deux cabanes pour les cas d'infections secondaires malheureusement inévitables.

On ferait ainsi du sous-isolement. On doit prévoir qu'une rougeole ou une scarlatine peuvent se compliquer d'une diphtérie, ou d'autres maladies, et pouvoir mettre à part ces malades chez lesquels les infections se superposent, de peur qu'un pavillon entier ne soit contaminé secondairement.

lissement des deux sommets et l'état général cependant assez bon. Un jour, s'étant exposée au froid dans le jardin de l'hôpital, elle fut prise de frissons, et des phénomènes à peu près analogues à ceux que nous avons signalés, firent leur apparition. Dans ce cas, la fièvre fut plus élevée, grâce à l'état antérieur mauvais de la malade; la dyspnée se montra d'emblée, toujours sans point de côté; gène thoracique à gauche, toux fréquente, crachats de consistance gommeuse, non rouillés, venant se joindre à ceux provenant des cavernules tuberculeuses; diminution de sonorité; en un mot, à peu près tous les symptômes que nous avons déjà étudiés.

Deux jours après, la matité augmenta, sans abolir la sonorité de l'espace de Traube, et un souffle intense apparut dans le département de la matité; pas de déplacement du cœur. Bref, le diagnostic nous parut évident dans le sens de congestion œdémateuse aiguë du poumon ou spléno-pneumonie.

La marche fut moins rapide que dans les deux premiers cas, à cause de la tuberculose pulmonaire antérieure, et la maladie dura plusieurs semaines; peu à peu, les symptômes s'atténuèrent et finirent par disparaître. Mais il resta, dans la zone atteinte, des foyers de râles humides, localisés en certains points et révélant l'envahissement de ces parties du poumon par les bacilles tuberculeux; la spléno-pneumonie avait favorisé le développement de ces microorganismes en leur créant un milieu de culture approprié.

Vous voyez donc que cet état morbide revêt des apparences assez variées, et c'est pour cela que les observateurs ont décrit des types cliniques différents les uns des autres. En y regardant de plus près cependant, il semble que l'on doive trouver là, plutôt une série de phénomènes analogues entre eux, mais avec une accentuation plus grande à chaque fois; c'est ainsi que la congestion pulmonaire aiguë de Voillez constituera le premier degré de l'affection que nous étudions; dans la pleuro-congestion pulmonaire de Potain, la plèvre est touchée et il existe déjà un peu d'épanchement; nous arrivons avec la spléno-pneumonie de Grancher à une forme stable, persistante, avec lésions congestives et poussée inflammatoire légère, ce qui explique sa ténacité plus grande et l'attention plus sérieuse qu'on doit lui accorder.

La congestion est donc, ainsi que vous le voyez, le point capital de la question et sur lequel s'accordent tous les auteurs, et l'on devra faire intervenir, pour expliquer cette congestion, toute cause capable d'amener une modification à des degrés variables de la circulation pulmonaire. On peut, jusqu'à un certain point, rapprocher les phénomènes que l'on constate alors des troubles cutanés dus à l'influence vaso-motrice; celle-ci se manifestera sous des aspects bien différents, en apparence, les uns des autres, tels que érythème, urticaire, etc..., pouvant aller de la simple infiltration œdémateuse dans le derme à l'adjonction à cet œdème de sérosité plus dense, avec leucocytes formant des traînées plus ou moins abondantes. Eh bien, il peut se produire des phénomènes à peu près semblables dans les différents viscères, phénomènes qui trouveront leur origine dans le refroidissement périphérique, par exemple, ou encore, puisqu'il s'agit-là d'une action vaso-motrice, dans un réflexe partant d'un point quelconque de l'organisme.

Le résultat en sera, par conséquent, une congestion, et dans l'espèce, une congestion pulmonaire, accompagnée d'œdème, et comme il n'interviendra point d'agent infectieux, nous verrons évoluer devant nous un état morbide qui n'aura rien de commun avec la pneumonie que nous savons aujourd'hui être produite par un microorganisme pathogène. Et, selon que le phénomène vaso-moteur sera plus ou moins énergique et le parenchyme pulmonaire plus ou moins résistant, il y aura de grandes différences dans les effets produits; le premier degré sera constitué par la congestion simple et le plus accentué par la spléno-pneumonie, avec lésions plus durables, pouvant arriver, à la longue, à intéresser les épithéliums.

La succession des phénomènes est donc assez facile à saisir: sous l'action d'un froid, le plus souvent périphérique, il se produit un trouble vaso-moteur, se portant dans l'espèce sur une partie du parenchyme pulmonaire et cela sans l'intervention d'un agent infectieux; il en résulte une dilatation intense des capillaires d'où s'exsudent de la sérosité et des globules blancs; le parenchyme s'infiltre et se gonfle, l'œdème est alors constitué.

Puis le liquide tombe dans les alvéoles; les épithéliums participent au processus général; ils s'imprègnent de sérosité, se gonflent, se tuméfient, se multiplient et, par la chute, concourent à remplir les cavités alvéolaires. C'est ainsi que le poumon, gorgé de sucs, peut, à la manière d'une éponge, devenir presque complètement imperméable à l'air, et que se

---

La transformation de l'hôpital des Enfants malades et de l'hôpital Trousseau en *Infectious Hospitals* pour enfants nous paraît préférable à la création de petits hôpitaux suburbains spéciaux pour chaque maladie.

L'hypothèse du transport atmosphérique des germes est problématique : de ce chef, il ne saurait y avoir d'obstacle grave à la réforme que nous proposons.

Mais pour mieux faire ressortir les avantages d'*Infectious Hospitals* convenablement organisés, à Paris, nous devons exposer quelques-uns des inconvénients qu'offriraient des hôpitaux spéciaux suburbains.

Si les maladies des enfants étaient généralement évidentes dès le début, si on pouvait dire au premier examen : cet enfant a la rougeole, celui-ci la diphtérie, celui-là la coqueluche, cet autre la scarlatine, etc, s'il était possible, en un mot, de catégoriser immédiatement les malades, il deviendrait facile, grâce à un bon service de transport, de reléguer les malades contagieux dans des hôpitaux éloignés.

Mais, au contraire, très souvent, le diagnostic ferme, précis, ne peut être posé qu'après plusieurs heures, un jour, parfois même plusieurs jours.

Lorsque les progrès de la clinique auront permis, dès l'abord, de mettre une étiquette immuable sur chaque enfant malade, alors on dirigera, en toute sécurité, chaque enfant dans son hôpital. Mais je ne serai démenti par aucun médecin en affirmant que nous n'en sommes pas encore là.

Or, quelles ne seraient pas les difficultés, les conséquences fâcheuses pour les enfants qu'on aurait envoyés, après un diagnostic trop précipité, dans un hôpital spécial éloigné, et qu'il faudrait encore ensuite convoyer dans un autre hôpital plus éloigné encore!

Le transport lui-même n'est pas toujours sans danger; on doit compter avec les complications imputables au refroidissement.

Il faut aussi avoir égard à ce que les parents ne visiteront leurs enfants ainsi éloignés d'eux, qu'au prix de sacrifices de temps et d'argent. — Combien de mères attendent avec anxiété les résultats de la trachéotomie pratiquée sur leur enfant atteint de diphtérie!

Pourraient-elles passer, hors de Paris, le temps de la maladie?

trouve constitué l'état physique qui correspond aux signes d'auscultation signalés au cours de nos observations.

La spléno-pneumonie est donc évidemment amenée par l'action du froid, ainsi que les degrés moindres de cet état morbide; mais, le plus souvent, elle apparaît secondairement à des affections, soit aiguës, soit chroniques, telles que fièvre catarrhale ou grippe, certaines broncho-pneumonies, fièvre typhoïde, dans le premier cas, et alors il est fort difficile de la diagnostiquer, car on ne l'y trouve plus à l'état de pureté; telles que la tuberculose surtout, dans le second cas, où elle se manifeste par un début, une marche des plus nettes; c'est, d'ailleurs, sur des tuberculeux que Grancher a décrit le type clinique de spléno-pneumonie. On la voit aussi dans le mal de Bright et dans nombre d'affections chroniques, mais jamais aussi facile à reconnaître et à suivre que dans la tuberculose pulmonaire. Il est bon d'insister que, pour les affections aiguës, c'est durant la grippe qu'on la voit apparaître, et dans la tuberculose principalement, pour les affections chroniques.

On n'a que des occasions bien rares d'étudier les lésions à l'autopsie, la mort n'arrivant guère que par suite de la maladie primitive. Le parenchyme pulmonaire rappelle celui de la rate, d'où le nom de spléno-pneumonie; cependant, la comparaison n'est pas absolument exacte, car si le tissu est dense, crépitant peu, flasque et mou, surnageant rarement on même allant au fond de l'eau, il n'est pas friable comme celui de la rate. Il laisse écouler à la pression une sérosité jaunâtre d'œdème infiltrant le parenchyme et remplissant les alvéoles. Si on durcit le tissu et que l'on pratique des coupes, on constate les lésions que l'on s'attendait à trouver; les capillaires sont dilatés, ainsi que les lymphatiques; le parenchyme est congestionné, œdématié, les alvéoles non absolument comblés, car l'exsudat est loin d'être aussi dense et aussi solide que dans la pneumonie. On y retrouve des cellules endothéliales tuméfiées; quelques globules blancs et un peu de fibrine quand il s'est produit une légère inflammation.

La symptomatologie est assez difficile à décrire théoriquement, car, ainsi que nous l'avons vu au cours de cette conférence, la spléno-pneumonie est loin d'être une maladie distincte, et vous m'avez entendu préférer pour la désigner le terme plus général d'état morbide du poumon, état morbide qui peut être primitif mais qui, le plus souvent, accompagne une maladie générale.

Le début est variable; il dépend de la cause qui engendre la congestion, et nous en avons tracé des types un peu différents dans nos trois observations. Quand elle apparaît au cours d'une affection aiguë, telle surtout que la grippe, ce début est plus ou moins brusque; il est accompagné d'une série de petits frissons, rarement du frisson unique qui est le signe propre à la pneumonie; quand il s'agit d'un malade tuberculeux, une fièvre quelquefois assez élevée se déclare, mais elle atteint peu fréquemment une haute température, et, dans les autres cas, c'est à peine si l'on peut constater quelques dixièmes au-dessus de la normale. C'est donc là plutôt un début insidieux, sans réaction brutale; le point de côté manque, j'ai déjà insisté sur ce phénomène; il est remplacé par une gêne respiratoire qui peut, à sa place, devenir assez intense.

Puis les symptômes prennent une marche rapide; la congestion œdémateuse se montre vite et en deux ou trois jours atteint son maximum. On trouve alors, à la base ordinairement, quelquefois au sommet ce qui est rare, une zone plus ou moins étendue d'une matité très manifeste; la paroi thoracique résiste au doigt. Les vibrations vocales sont affaiblies ou abolies; le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle tubaire rarement âpre et intense comme dans la pneumonie, mais bien plutôt doux, légèrement voilé ainsi qu'on le trouve dans la pleurésie, et cependant pouvant devenir très fort dans certains cas; il s'entend aux deux temps, de la respiration, à l'inspiration et à l'expiration.

Dans la région affectée, on trouve presque toujours, plus près du sommet que de la base, plutôt un bruit de voix nasillarde qu'une véritable égophonie; c'est un mélange de bronchophonie et d'égophonie que nous désignerons sous le nom de broncho-égophonie. Assez souvent, à cette première modification de la voix, s'en joint une autre, la pectoriloquie aphone de Baccelli. Vous la découvrirez, pendant l'auscultation, en faisant parler le malade à voix basse; il vous semblera alors distinctement que le malade vous parle directement à l'oreille et vous entendrez les mots très nettement articulés.

Voilà donc bien tout un groupe de signes qui peuvent nous

---

L'installation d'*Infectious Hospitals* pour enfants facilitera la répartition des malades dans leurs pavillons respectifs, à supposer que cette répartition ne soit pas immédiate.

L'enfant qui quittera la section des suspects, n'aura pas à subir les intempéries et un long transport en voiture.

Si une erreur accidentelle se produit dans le classement d'un malade, il ne sera pas nécessaire, pour la réparer, de faire un trajet de deux ou trois heures.

Mais si cette transformation de nos grands hôpitaux d'enfants en *Infectious Hospitals* était accomplie, quelle destination devrait-on assigner aux immenses constructions en pierre qui abritent actuellement plusieurs centaines de malades?

Le plus simple, selon nous, serait de désaffecter progressivement ces bâtiments, et de récupérer les terrains qu'ils couvrent, soit pour y installer des jardins et des pelouses, soit pour y élever des pavillons d'isolement nouveaux (1).

Vouloir continuer à accumuler des enfants non contagieux atteints de maladies médicale ou chirurgicale, à côté d'un foyer infectieux aussi considérable, avec un personnel médical et hospitalier dont les rapports et les contacts sont inévitables, ce serait perdre tout le bénéfice d'une transformation qui ne sera efficace que si elle est complète.

D'ailleurs, les enfants malades atteints d'affections non contagieuses médicales ou chirurgicales, trouveraient place dans la seconde classe des hôpitaux d'enfants dont nous proposons la création; dans les *hôpitaux-dispensaires* (1).

(1) Cette mesure, qui consisterait à supprimer d'importantes constructions, semblera peut-être bien radicale, dans notre pays où les réformes ne s'effectuent que lentement. Mais si l'on veut y réfléchir un instant, on reconnaîtra que les dépenses nécessitées par une transformation de cette nature, sont bien minimes, eu égard aux sommes *énormes* qui ont été englouties récemment dans l'édification de nos grands hôpitaux: Hôtel-Dieu, hôpital Lariboisière, hôpital Tenon, etc.

Les jeunes Enfants Parisiens atteints de maladies contagieuses n'ont-ils pas droit aux mêmes égards — et c'est peu dire — que les jeunes idiots de Bicêtre pour lesquels on a fait naguère de grands sacrifices? — Sans prétendre, comme Herbert Spencer, que c'est un luxe de charité de donner des soins à des idiots dont la Société n'a rien à attendre dans l'avenir, nous croyons devoir réclamer au profit des petits malades qui doivent guérir complètement, des améliorations hospitalières égales.

(1) Les *Infectious Hospitals* de Londres sont placés dans les faubourgs et non en dehors de la ville. Il n'y a d'exception que pour l'hôpital de la variole. On ne saurait donc arguer de ce qui se passe dans cette cité pour projeter la création d'*Infectious Hospitals* suburbains.

Dr VARIOT. *(A suivre.)*

faire porter le diagnostic de pleurésie. Nous avons déjà suffisamment insisté sur les différences qui permettent cependant d'exclure cette dernière maladie pour que nous y consacrions de nouveau un long passage; nous ne reprendrons, et brièvement, que quelques grandes lignes du diagnostic.

*(A suivre.)*

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### De la toxicité de l'acide borique

Par M. le Dr G. Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

*Suite et fin (1).*

IV. Le cas de la malade que j'ai examinée à l'asile de Bailleul et ceux qu'ont observés MM. Vincent et Dubar, concordent donc tout à fait entre eux. Il est hors de doute que c'est à l'acide borique qu'il faut rapporter les accidents présentés par nos malades, d'autant plus que les symptômes qu'il détermina furent à peu de chose près les mêmes chez tous les trois.

Ces symptômes paraissent être de deux ordres, bien qu'au fond ils reconnaissent peut-être une même cause seconde; les uns semblent avoir pour cause l'élimination de l'acide borique au dehors par la peau et les muqueuses, tels sont les éruptions cutanées, les vomissements, etc., les autres sont directement d'origine nerveuse, ce sont les hallucinations, le délire, les maux de tête. Cependant, tant qu'il ne sera pas démontré que l'acide borique absorbé s'élimine par les voies digestives et par la surface cutanée, ce ne sont là que des hypothèses et l'on peut dire, avec autant de raison, que tous les symptômes qu'il provoque sont sous la dépendance de l'intoxication du système nerveux seul. On peut les rapprocher cliniquement, dans une certaine mesure, de ceux que produit l'acide phénique, sauf toutefois l'absence de phénomènes généraux graves, tels que le refroidissement et le collapsus; mais peut-être ces derniers se montreraient-ils, si l'acide borique avait été absorbé en plus grande quantité et pendant plus longtemps.

En recherchant si des faits analogues à ceux que je viens de rapporter n'avaient pas déjà été observés, je n'en ai trouvé qu'un seul, c'est celui de Johnson, de Stockolm, relaté dans le traité d'antisepsie de Legendre (tome I, p. 72). Cet auteur attribue à l'action de doses élevées d'acide borique et de borax, certains phénomènes d'intoxication : céphalalgie, vomissements, légère accélération du pouls et élévation de la température rougeur de la gorge, catarrhe bronchique et érythème papuleux. Ce sont à peu près ceux que nous avons observés sur nos malades, sauf que Johnson cite une élévation de température que nous n'avons constatée ni M. Vincent ni moi, et ne parle pas des accidents cérébraux, tels que ceux de nos malades.

Legendre ajoute, ainsi que les auteurs du Dictionnaire de thérapeutique, que la toxicité de l'acide borique n'est guère à craindre; il cite Polli qui a vu un soldat en avaler impunément, par erreur, 25 grammes contenus dans un gargarisme. Capelli en a donné à l'homme 4 grammes par jour, pendant vingt-trois jours et 2 grammes pendant quarante-cinq jours. MM. Guyon et G. de Mussy l'ont donné à 2 et 3 grammes pour désinfecter la vessie chez des vieillards, sans remarquer le moindre signe d'intoxication. On l'a injecté à la dose de 2 à 4 grammes dans les veines d'un chien sans qu'il donnât de symptômes appréciables; à la dose beaucoup plus forte de 20 gr., il provoque des nausées et des vomissements. L'acide borique s'élimine par l'urine, mais Biswanger l'a retrouvé aussi dans le sang de la veine-porte, dans la bile, dans la salive, et prétend qu'il détermine, pendant son passage à travers la peau, une éruption impétigineuse. On peut rapprocher de cette observation, les éruptions rubéoliques et l'urticaire qu'ont présentés nos malades. Sans doute aussi, il s'élimine par les muqueuses des voies digestives, ce qui expliquerait la rougeur de la gorge constatée par Johnson.

Les recherches faites, il y a peu de temps, par M. Gaucher, sur la toxicité de l'acide borique, semblent cependant démontrer que cet agent est incapable de déterminer un empoisonnement ou du moins qu'il en faudrait une quantité considérable pour produire un tel résultat. Il a vu que les cobayes en particulier pouvaient en absorber une dose élevée, mélangée à leur nourriture, avant que les accidents se montrent, et il en conclut qu'il faudrait que l'homme en absorbât près de 60 à 80 grammes pour être intoxiqué. Mais il ne faut pas oublier que ce sont là des conclusions toutes théoriques et qu'un homme malade ne se comporte pas comme le ferait 65 kilogrammes de viande de lapin. Les doctrines humorales auxquelles nous revenons maintenant, nous enseignent que la quantité d'un agent toxique nécessaire pour produire des accidents est variable, selon la composition chimique du moment que présentent les liquides de l'organisme et surtout selon le degré d'intégrité des émonctoires. L'acide borique en particulier s'élimine par les reins, et cela si rapidement qu'on le retrouve dans les urines une demi-heure après son ingestion. C'est sans doute cette rapidité d'excrétion qui l'empêche d'être toxique en diminuant la durée du temps où il est en contact avec nos tissus, mais si les reins sont malades, son élimination se fait mal et alors tout change.

Il ressort de ceci, que l'acide borique a pu être employé dans des milliers de cas, en chirurgie courante, en médecine ou expérimentalement, à des doses considérables, sans déterminer d'intoxication et, d'autre part, qu'il en a produit sur nos malades, alors que la dose absorbée devait être faible. L'explication de ce fait, en apparence paradoxal, réside peut-être en ce que les reins fonctionnaient sans doute mal chez les sujets où l'empoisonnement se produisit et ne purent pas procéder à l'élimination du sel toxique assez rapidement. C'est ce qui existait, ce n'est pas douteux, chez ma malade de Bailleul, qui présentait une néphrite interstitielle grave dont je vérifiai ultérieurement l'existence à l'autopsie. Il y avait de l'albuminurie chez celle de M. Dubar. Je suis convaincu que c'est à la présence de cette lésion des reins que fut due chez elle l'intoxication, par suite de la résorption et de l'accumulation lente du poison dans l'organisme, et la preuve en est qu'à deux reprises différentes, les symptômes n'apparurent que plusieurs jours après que l'acide borique eût été employé en pansement. Rappelons que l'un des malades de M. Vincent avait une affection vésicale grave et que peut-être ses reins ne fonctionnaient pas normalement. Enfin, il faut tenir compte de susceptibilités individuelles à l'égard de l'acide borique. Je n'ai nullement la prétention de mettre en garde contre un médicament que je crois inoffensif, même à doses élevées, dans l'immense majorité des cas; j'ai seulement voulu relater des faits que je juge curieux à cause même de leur rareté. Il est du reste possible que ces cas se multiplient maintenant que l'attention sera attirée sur eux et qu'on reconnaisse

(1) Voir le numéro précédent.

comme dépendant de l'acide borique des symptômes qu'on aurait sans cela attribués à une antre cause. Bien des symptômes insolites que l'on met snr le compté dn réveil d'une diathèse, sous l'infinence du traumatisme, ne sont pent-être que des symptômes d'nne intoxication causée par un antiseptique auquel on accorde d'autant plus de confiance qn'on le croit incapable d'amener un empoisonnement.

## REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

III. — Sur des produits toxiques de bactéries saprogènes intestinales, par A. Baginsky et M. Stadthagen. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 13, p. 294.

IV.—Sur la neutralisation de l'infection charbonneuse et sur la fièvre aseptique, par H. Buchner. *Ibidem* n° 10, p. 216.

III. — Dans une précédente publication sur la pathologie du choléra infantile (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1889, n° 46, p. 996). Baginsky et Stadthagen avaient annoncé que d'après les résultats de leurs recherches. certaines bactéries intestinales, isolées des fèces d'enfants affectés du choléra infantile, fabriquaient des substances d'une extrême toxicité. et que ces poisons étaient constitués en majeure partie par de l'ammoniaque. Ils faisaient remarqner, en outre, qu'il est possible que d'autres produits de la pntréfaction intestinale concourent à produire les accidents qn'on observe dans les cas de choléra infantile.

Depuis lors, les deux auteurs ont poursuivi leurs recherches sur des cultures pures d'une bactérie de même provenance, qui présente une grande analogie de caractères avec le bacille de Finkler-Prior, et qu'on a désignée sous le nom de « bactérie blanche liquéfiante ». Cette bactérie liquifie la gélatine de peptone de viande très rapidement; elle se développe en forme de longs filaments, quand on l'ensemence dans du bouillon, sur des porte-objets. Mis en présence du bactérium acéticum, dans de la gélatine de peptone de viande additionnée de sucre de lait, elle perd sonvent l'aptitude à poursuivre son développement.

Ensemencée sur de la viande de bœuf préalablement stérilisée, à la température de 35°, la bactérie en question a donné des cultures pures. Après dix jours de fermentation, la viande qui avait servi de terrain de culture a été soumise à l'analyse chimique. On a constaté qu'il ne s'était formé ni acide sulfhydrique, ni phénol, ni indol, mais une grande quantité d'ammoniaque. La recherche de bases toxiques a fait découvrir un corps sous forme de sel double d'or, qui, d'après sa constitution chimique et ses caractères, offre une parfaite analogie avec la combinaison $C^7Az^{-7}$, $AzO^2$, isolée par Brieger, de la viande de cheval pntréfiée. Il ne s'en distingue que par un point de fusion plus élevé du sel double d'or.

La découverte de ce corps d'une activité toxique moyenne ne rendait pas compte des accidents foudroyants qu'on observe dans le cours du choléra infantile. Il y avait donc lieu de soupçonner l'intervention d'un agent toxique appartenant à un tont autre gronpe chimique que le corps en question. Des considérations de différents ordres avaient fait penser aux deux auteurs qne cet autre agent chimique devait être une combinaison albuminoïde, une peptone. En partant de cette idée, ils ont pu, par des manipulations chimiques appropriées, extraire des cultures obtenues dans les conditions indiquées plus hant, une substance qui présente tons les caractères des peptones, et dont l'extrême toxicité est attestée par les résultats des inoculations expérimentales.

Ces résultats concordent, en somme, avec ceux qu'ont annoncés Brieger et Fraenkel, et qui marquent une étape nouvelle dans l'évolution de la microbiologie. Ils démontrent que des bactéries saprogènes, isolées des matières fécales (choléra infantile), peuvent, dans des circonstances favorables, transformer la chair musculaire en une substance toxique de même constitution chimique que les peptones.

IV.—L'idée première d'enrayer dans sa marche une maladie bactérienne par l'inoculation d'une bactérie d'autre espèce que celle qni est censée engendrer la maladie à combattre, cette idée revient au professeur Cantani, de Naples. J'ai rendn compté, dans la *Gazette médicale* (1885, n° 31, p. 365), de la première tentative de bactériothérapie faite par Cantani. A vrai dire, Cautani n'a point procédé par voie d'inoculation; il s'est borné à faire, dans les voies respiratoires d'un sujet de notre espèce, des pulvérisations d'une culture pure du bactérium térmo.

Emmerich et Pawlowski (voir *Gazette médicale de Paris*, 1888, n° 8, p. 90 et 91), en Allemagne, Bouchard (voir Journal des *Sociétés scientifiques* 1889, n° 16, p. 147), en France, ont expérimenté une bactériothérapie plus radicale. A des lapins et à des cobayes rendus charbonneux par voie d'inoculation ils ont inoculé sous la peau et dans le sang, des cultures d'autres bactéries pathogènes, et ils ont réussi, dans un certain nombre de cas, à neutraliser l'action délétère de l'inoculation charbonneuse, à laquelle succombaient tous les animaux de contrôle, sans exception. Ces expériences ont été relatées avec d'amples détails, aux endroits cités plus haut.

Dans l'idée de Cantani, la bactériothérapie devrait avoir pour visée de snsciter un confiit salutaire entre les bactéries qui engendreut la maladie à combattre et celles qu'on injecte dans un but curatif. Ce devait être quelque chose comme le *strugl for life* dans le domaine des infiniment petits, mis au service de la thérapeutique.

Or, déjà Emmerich (voir *loc. cit.*) avait recounu que dans les circonstances susdites, la guérison du charbon est obtenue, non point à la faveur d'une destruction des bactéridies charbonneuses par d'autres bactéries pathogènes, inoculées conjointement ou après conp, mais que cette destruction est opérée par un poison chimique, mis en liberté par les cellules de l'animal vivant, de l'animal inoculé.

Les recherches toutes récentes de Büchner confirment cetté interprétation. Büchner a constaté qu'on obtient les mêmes résultats curatifs, chez les lapins et les cobayes rendus charbonenx, soit qu'on leur inocule des cultures vivantes de certaines bactéries, soit qu'on leur inocule ces mêmes cnltures préalablement stérilisées.

Voici, par exemple, les résultats fournis par une première série d'expériences : 29 lapins ont été divisés en deux groupes. Un premier comprenait 8 animaux servant de sujets de contrôle, qui tous ont succombé en l'espace de quarante-huit heures aux suites d'une inoculation charbonneuse. Les 21 autres ont été inoculés avec des quantités égales dn même liquide charbonneux; mais en même temps on leur inoculait une certaine quantité d'une culture stérilisée dn pneumococcns de Friedländer. Cette seconde inoculation était faite, soit dans le voisinage immédiat de la première, soit en toute autre région du corps de l'animal; dans ce second cas, l'émulsion virulente était étendue d'une solution de chlorure de sodium an titre physiologique, et l'inoculation préventive était répétée plusieurs jours de suite. Chez 10 animaux, le résultat s'est tra-

duit par une survie plus longue à l'inoculation charbonnense; les 11 autres ont échappé à la mort par le charbon.

Donc les cultures stériles du pneumococcus de Friedländer sont aptes, au même titre que les cultures vivantes, à neutraliser l'action délétère d'une inoculation de virus charbonneux. D'après Büchner, cette action antidote est dans une dépendance étroite de l'inflammation suppurative, que provoque l'injection secondaire. Y a-t-il mise en liberté de substances solubles, qui tuent les bactéries charbonneuses? Ou bien celles-ci sont-elles anéanties par les éléments cellulaires vivants, par les leucocytes qui affluent en grand nombre dans la zone inflammatoire? Il n'est pas possible de se prononcer sur ce point, dans l'état actuel de nos connaissances. Une chose est certaine, suivant M. Büchner, c'est que l'inflammation suppurative, développée par l'injection d'une culture stérile destinée à jouer le rôle d'antidote, est un phénomène salutaire; elle traduit l'intervention de la *vis medicatrix naturae* contre les bactéries pathogènes. C'est parce que cette réaction salutaire fait défaut chez les rongeurs, chez le lapin notamment, que les animaux de cette espèce ont une si grande réceptivité pour le virus charbonneux. C'est en tenant compte du rôle de cette réaction inflammatoire salutaire, qu'on s'explique les effets variables, produits par un même organisme pathogène, chez différentes espèces animales : la bactéridie charbonneuse développe d'emblée un empoisonnement général, rapidement mortel, chez les rongeurs, un foyer local d'inflammation, la pustule maligne, chez l'homme; le diplocoque de Pasteur, Fränkel et Weichselbaum, fait périr le lapin de septicémie et développe, chez l'homme, plus résistant que le lapin, une simple inflammation locale, une pneumonie. Voire qu'un même organisme pathogène peut, suivant son degré d'énergie vitale, produire des effets délétères très dissemblables, chez des animaux de la même espèce. Ainsi, à l'état de spore, sous laquelle forme elle est douée de son maximum d'énergie virulente, la bactéridie charbonneuse, introduite dans les voies respiratoires d'un cobaye, détermine une infection généralisée rapidement mortelle sans réaction locale appréciable, tandis que, à l'état bacillaire, le même microorganisme, injecté par la même voie, produit d'abord une violente inflammation des poumons.

L'explication donnée par Büchner, de l'action antidote des injections d'une culture stérilisée du pneumococcus, ne convient qu'aux seuls cas où l'injection curative a été pratiquée au voisinage de l'inoculation charbonneuse. Comment expliquer que l'action curative de ces mêmes injections a été au moins aussi prononcée lorsque la culture stérilisée, l'antidote, était injectée directement dans les vaisseaux de l'animal déjà inoculé du charbon? Büchner répond que dans ces conditions la neutralisation du virus charbonneux dépend d'une action générale, exercée par la culture stérile sur l'organisme inoculé. En effet, chez le lapin, dans les deux premières heures qui suivent l'injection d'une émulsion stérilisée du pneumococcus capsulé, la température interne subit une élévation de 2°, et elle se maintient à ce niveau pendant un temps plus ou moins long, suivant la valeur de l'injection. Il y a donc fièvre. A cela on peut objecter que l'ensemble symptomatique, désigné sous le nom de fièvre, ne se trouve bien réalisé que chez l'homme. Il était donc intéressant de savoir quels effets entraîne chez l'homme, l'inoculation d'une culture stérile du pneumococcus capsulé. Pour élucider ce point, Büchner a fait une expérience sur sa propre personne. Il s'est fait inoculer sous la peau de l'avant-bras gauche, 50 centimètres cubes d'une émulsion stérile de pneumococcus, fortement dilué; l'opération a été faite dans les meilleures conditions d'asepsie. Une heure et demie après l'injection, des douleurs se déclaraient sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du bras et dans le creux de l'aisselle. Au bout d'une nouvelle demi-heure, un frisson violent, qui fit place ensuite à une sensation de chaleur pénible, annonçait le début de la fièvre. L'élévation de la température atteignait son maximum (38°6 dans l'aiselle), cinq heures après l'injection; la fréquence du pouls était de 108. Pendant la nuit, sommeil agité, transpiration. Le lendemain, la peau était tuméfiée et envahie par une rougeur érysipélateuse, au siège de l'injection; la rougeur se continuait sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du bras. Il n'y avait plus d'élévation appréciable de la température, mais une sensation d'enfièvrement et de l'abattement. Le surlendemain, tout était rentré dans l'ordre; il ne restait plus de traces d'une réaction locale.

Donc, l'injection d'une émulsion stérile du pneumococcus capsulé avait produit une lymphangite et de la fièvre. Cliniquement, il s'agissait d'un érysipèle fébrile, et pourtant, ajoute Büchner, il n'y avait en ni érysipèle, ni fièvre, les choses étant considérées au point de vue étiologique. Il manquait l'agent efficace de l'infection, et par suite, l'aptitude du processus à s'étendre et à gagner en intensité. Il y avait en cause un « érysipèle aseptique », une « fièvre aseptique », une « lymphangite aseptique », engendrés par des poisons chimiques fabriqués par les bactéries en dehors de l'organisme qui a été le théâtre de ces accidents.

En résumé, Büchner croit avoir fourni la preuve que « ce ne sont point les bactéries vivantes, mais certains produits de leur activité chimique, qui engendrent l'inflammation et la fièvre ».

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### CHIRURGIE.

De la cocaïne en chirurgie. — Antisepsie utérine par l'insufflateur utérin, par J. Bouchet (Thèse de Paris 1889.)

Si les avantages de l'anesthésie générale ne sont plus à démontrer malgré certains méfaits du chloroforme et de l'éther, ceux de l'anesthésie locale sont à apprécier d'autant plus qu'ils exposent moins au danger des syncopes respiratoires et des arrêts du cœur. Ils se bornent en effet à resserrer les petits vaisseaux de la région et à déterminer de cette façon une anémie très marquée des tissus; la cocaïne, dernier anesthésique local en date, agit comme la glace, les pulvérisations d'éther, les badigeonnages de chlorure de méthyle, en arrêtant l'irrigation sanguine des extrémités nerveuses pour produire l'insensibilité.

L'alcaloïde principal de la coca a reçu de très nombreuses applications thérapeutiques. Combiné avec l'usage du chloroforme, pour produire la narcose générale, il rend le vomissement rare, le réveil facile, la courbature minime, la réaction modérée. Injecté entre l'alvéole et la dent, il supprime la souffrance due à l'évulsion de cette dernière; il calme les douleurs de l'otite, et facilite l'ablation des polypes nasaux. L'angine et la cystite deviennent tolérables par son emploi. Il rend plus aisée la dilatation; de la vessie et de la blennorrhagie, donne lieu à des cuissons bien moins vives. Les injections intra-uréthrales de cocaïne facilitent le cathétérisme du canal et aident à sa dilatation; la lithotritie elle-même se pratique dans des conditions meilleures. La cocaïne est encore usitée dans le traitement des hydrocèles pour supprimer la douleur consécutive aux injections iodées, dans la cure du phimosis et

du paraphimosis. Bien reçue par les gynécologues qui ont fini par triompher du vaginisme, c'est surtout en oculistique qu'elle a rendu de grands et éclatants services. Les contre-indications à son emploi sont fort restreintes et visent, comme pour l'atropine du reste, les complications glaucomateuses.

A tous ses avantages, la cocaïne joint l'inconvénient de pouvoir, même à doses modérées, être toxique, d'où la nécessité de tâter à l'avance la susceptibilité du malade par des doses successivement ascendantes et de surveiller avec le plus grand soin les sujets atteints d'affections cardiaques ou nerveuses.

Très accessoirement, l'auteur présente un insufflateur de son invention, destiné à projeter des poudres antiseptiques dans la cavité utérine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROCÉDÉS D'ANESTHÉSIE PAR LA COCAÏNE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR L'INJECTION IODÉE, par R. SPILMANN (Thèse de Paris, 1889.)

Le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée occasionne une douleur parfois si grande que, pour l'éviter, certains chirurgiens ont dû se rencontrer dans l'idée si simple, surtout après la découverte des propriétés de la cocaïne, d'insensibiliser préalablement la tunique vaginale. Burdel (de Vierzon) semble cependant être le premier à avoir employé ce dernier corps pour atteindre un tel but.

L'auteur, au lieu de conseiller la pratique de M. Périer qui injecte la cocaïne après évacuation du liquide de l'hydrocèle, recommande de porter tout d'abord la solution de cet alcaloïde à l'aide d'une seringue de Pravaz, au sein même du liquide, et ce n'est qu'après production de l'anesthésie qu'il fait la ponction suivie d'injection de teinture d'iode. Il craint que, malgré tout le soin mis à malaxer les bourses, la vaginale puisse, en se plissant, ne pas se mettre en contact en tous points avec l'agent anesthésique, tandis qu'en suivant son procédé, la cocaïne se diffuse et vient répartir un effet égal sur toute l'étendue de la tunique. Il doit se passer environ vingt minutes à une demi-heure entre l'injection de cocaïne et l'injection de teinture d'iode. Le titre de la solution cocaïnée sera de un pour dix et la quantité à injecter devra varier avec le volume et l'âge de l'hydrocèle.

DE LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE VAGINALE PAR LES INJECTIONS D'ACIDE PHÉNIQUE PUR, par LABAT DE LAMBERT (Thèse de Paris, 1889.)

L'entente n'est pas près de se faire, entre les chirurgiens, sur la méthode du traitement qui convient le mieux à l'hydrocèle. Les uns, partisans des procédés sanglants, recourent invariablement à l'incision, à l'excision même de la vaginale; d'autres, sans méconnaître les services que peuvent rendre de semblables interventions, préfèrent les moyens plus anodins et tout particulièrement la simple ponction suivie d'injection iodée. A l'exemple de Lévis (de Philadelphie) qui en 1872 eut l'idée de remplacer la teinture d'iode par l'acide phénique, certains opérateurs ont fait suivre la ponction de l'hydrocèle de l'injection de ce dernier corps à l'état de solution plus ou moins concentrée et même pur. Il est à remarquer que, cristallisé et rendu liquide par la chaleur ou par addition de quelques gouttes d'eau ou de glycérine, il présente dans les cas d'hydropisie vaginale des avantages évidents. A la dose de 2 à 3 grammes, il fait naître une douleur peu accusée; c'est une sensation de chaleur, une espèce d'engourdissement plutôt qu'une véritable souffrance, comme on l'observe avec la teinture d'iode. La réaction consécutive est également modérée. La tuméfaction qui survient, absolument apyrétique, est loin d'atteindre le volume qu'avait l'hydrocèle avant l'opération. L'appétit est conservé, la résorption du liquide est rapide et sans danger; l'opéré, continuant de vaquer à ses occupations, peut en général, au bout d'une semaine, être considéré comme guéri.

A ce tableau si engageant nous trouvons cependant quelques ombres, n'en déplaise à M. Labat de Lambert. Et sans méconnaître le réel mérite de son travail, nous pensons que les trois insuccès de M. Monod, que les accidents survenus à Abbe et Helferich doivent rendre un peu circonspect et empêcher de laisser passer le traitement iodé dans les ténèbres de l'oubli, à cette heure surtout où les accidents douloureux qu'il détermine peuvent être annulés ou considérablement amoindris par une injection préalable de cocaïne.

DU TRAITEMENT DES ADÉNITES CHRONIQUES ET DE QUELQUES ABCÈS FROIDS, PAR DES INJECTIONS DE NAPHTOL, par H. LASSERRE. (Thèse de Paris, 1889.)

Voici que l'on fait encore le procès de l'iodoforme. Sera-t-il détrôné par le naphtol dans le traitement des abcès froids? C'est possible, si les propriétés sclérosantes de ce corps continuent à s'affirmer d'autant qu'il est incomparablement moins toxique que l'iodoforme, et énormément plus antiseptique. En tous cas, gardons-nous de trop d'engouement, et sans cesser de tendre vers le progrès, n'abandonnons pas complètement les injections d'éther iodoformé auxquelles nous sommes redevables, en dépit de la théorie, de nombreux et francs succès. Le naphtol, à la dose de 5 grammes, se dissout dans 33 d'alcool à 90° auquel on ajoute quantité suffisante d'eau chaude, pour ramener au volume de 100 centimètres cubes; on filtre à chaud. Le pus une fois évacué, on fait passer plusieurs seringues d'eau naphtolée dans l'abcès pour en pratiquer un bon nettoyage, après quoi on injecte assez de la solution ci-dessus pour amener une distension modérée de la poche.

Ce nouveau traitement, employé dans les services de MM. Peyrot et Bouchard, aurait été suivi d'excellents résultats, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées.

CH. AMAT.

## BULLETIN

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — DE LA GRIPPE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL. — LA NEURASTHÉNIE POST-GRIPPALE. — DU RÉFLEXE BULBO-CAVERNEUX. — DE LA SUPPRESSION BRUSQUE OU LENTE DE LA MORPHINE CHEZ LES MORPHINOMANES. — LES TOXALBUMINOSES.

La SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE a tenu cette semaine sa huitième session à Paris. La plupart des ophthalmologistes de la capitale et des départements et un certain nombre d'ophthalmologistes étrangers ont pris part aux travaux du Congrès. Nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Les maladies infectieuses doivent être étudiées, non seulement dans les symptômes qui leur sont propres, mais encore dans leurs rapports plus ou moins étroits avec les maladies concomitantes. C'est ce qu'a fait M. Verneuil, dans sa communication à l'Académie de médecine, à propos de la grippe et de ses relations avec les affections chirurgicales. Trois points sont à considérer :

1° Les affections chirurgicales engendrées par la grippe;

2° Le pronostic et l'opportunité des opérations chirurgicales dans le conrs ou pendant la convalescence de la grippe;

3° L'influence de la grippe sur les affections chirurgicales au conrs desquelles elle survient.

Relativement au premier point, M. Vernenil fait remarquer que la dernière grippe épidémique a déterminé sonvent un processns suppuratif qni s'est tradnit par des otites, des parotidites, des pleurésies, des péricardites, des péritonites, des abcès, etc., donnant lieu parfois à des accidents d'infection purulente.

Quelques-unes de ces complications de la grippe réclament d'urgence une intervention chirnrgicale. Mais, en dehors de ces cas, est-il prudent de pratiquer des opérations dans le cours ou pendant la convalescence de la grippe? A cette qnestion, qui constitue le second point à examiner, M. Verneuil répond que le traumatisme opératoire peut aggraver les symptômes de la grippe et parfois même rendre l'issue funeste. Aussi formule-t-il cette conclusion : « Si l'on excepte les opérations d'urgence et celles que nécessitent les affections qui compliquent la grippe, toute opération qui serait permise chez un patient ordinaire sera ajournée chez un convalescent de grippe jusqu'à rétablissement complet. »

En ce qui concerne le troisième point, c'est-à-dire l'influence de la grippe sur les affections chirurgicales, de nombrenx faits cliniques tendent à montrer que cette influence est réelle et a pour effet d'aggraver le pronostic de ces affections. Toutefois l'enquête n'est pas suffisante pour donner la mesure de la fréquence, des conditions et du degré de cette aggravation.

Il semble permis d'admettre, d'une manière générale, qu'une maladie infectieuse comme la grippe est bien propre à donner un coup de fouet à tout état morbide antérieur, qnelle qu'en soit la nature. On se rappelle la gravité toute particulière de la dernière épidémie cbez les broncbitiques et les cardiaques. On voit de même, dans le fait intéressant de *syphilis des voies respiratoires et du foie*, communiqué par M. Raymond. à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, la grippe hâter d'une manière remarquable l'évolution et le dénouement d'nne ancienne infection syphilitique. On pourrait multiplier les exemples plus ou moins analogues; la thèse soutenue par M. Verneuil n'a donc probablement pas à craindre les résultats de l'enquête qu'il recommande à l'attention de ses confrères.

— L'influence dépressive et par suite pernicieuse de la grippe ne s'exerce pas seulement pendant le cours de la maladie, mais longtemps après, durant la période de convalescence. M. Huchard, dans une communication à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, a fait ressortir avec raison ce qu'il a appelé la *neurasthénie post-grippale*, dont les exemples sont aussi nombreux que variés, depuis la simple paresse physique et intellectuelle jusqu'aux asthénies plus graves qui se localisent au poumon, au cœur, à l'estomac, au cerveau, et vont, comme la bronchoplégie, jusqu'à menacer l'existence des malades.

— Tout nonveau signe diagnostique est intéressant à noter. A ce titre nons devons mentionner le *réflexe bulbo-caverneux* dont M. J. Onanoff a entretenu la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. « L'index de la main gauche, dit l'auteur, étant placé sur la région du bulbe de l'urèthre, la main droite frotte rapidement la surface dorsale du gland à l'aide du bord d'un morceau de papier, ou encore pince légèrement la muqueuse. Dans ces conditions, l'index appliqué sur la région dn bulbe perçoit une secousse plus ou moins intense, qui est en rapport avec la contraction des muscles ischio et bulbo-caverneux. »

M. Onanoff a recherché l'état de ce réflexe dans différents cas de maladies dn système nervenx. La conclusion générale qu'il croit pouvoir tirer de ces recberches est que, lorsqu'il y a trouble de la fonction génitale, la persistance du réflexe indique une origine dynamique et permet de porter un pronostic favorable, tandis que son absence indique une lésion organique et entraîne un pronostic grave.

— Le proverbe « qni a bu boira » est surtout applicable anx morpbinomanes : il en est bien peu qui aient le courage et la persévérance de la lutte nécessaire poнr renoncer à leur funeste habitude. Nous avons chaque année à traiter bon nombre de morphinomanes, doublés ou non d'hystériques. Nous avons fait de fréquentes tentatives pour arriver à la suppression gradnelle de la morphine; depnis seize ans, nous n'avons pu enregistrer qu'un succès complet. Plusieurs fois, nons avons cru atteindre au but; dès que les malades étaient soustraits à l'influence et à l'autorité que nous avions acquises sur eux, ils revenaient à leur ancienne habitude. Nous croyons, avec M. J. Voisin, que la guérison lente est difficile on à peu près impossible quand le malade n'est pas interné.

Nous avons rarement essayé la suppression brusque de la morphine, ainsi que l'a fait notre honorable confrère dans les deux cas qu'il a communiqués à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX; nous avons reculé devant les vives souffrances des malades, les attaques violentes d'hystérie quand ils étaient atteints de la névrose, les accès profonds de découragement, les palpitations, etc. On sait d'ailleurs, et c'est aussi l'avis de MM. J. Voisin, Raymond, Guyot, Juhel-Rénoy, Merklen, etc., que cette suppression brusque n'est pas sans danger. Avec la suppression graduelle, on atténue considérablement si l'on ne prévient pas complètement les accidents; mais nons le répétons, le succès est des plus difficiles à obtenir.

— Nous demandons la permission, en finissant, d'appeler tout particulièrement l'attention sur les *toxalbuminoses*, qui font l'objet de l'intéressante revue bactériologique de notre collaborateur et ami M. Ricklin.

Pendant longtemps on a cru que les microbes agissaient, dans l'économie, comme de vrais parasites, c'est-à-dire par leur pullulation et leur envahissement progressif des tissus et des organes.

Plus tard on a attribué les effets observés aux produits de sécrétion des microbes, aux ptomaïnes ou leucomaïnes. Voici un troisième ordre d'agents, les toxalbumines on toxalbuminoses, qui jouissent d'un haut degré de virulence et reproduisent plus sûrement que les ptomaïnes la maladie caractérisée par le microbe d'où elles émanent. Cependant, par leur origine, ces toxalbuminoses sembleraient plus indépendantes des microbes. Car, si l'opinion de MM. Brieger et Fraenkel est confirmée, elles sont un produit de désassimilation de la propre substance de l'organisme infecté. Celui-ci, c'est-à-dire le terrain, jouerait donc, par cela même, un rôle plus important dans le développement et l'évolution de la maladie infectieuse; c'est une nonvelle confirmation de la thèse que nous n'avons cessé de sontenir.

Les toxalbnmines jusqu'à présent connnes se divisent en deux groupes; les unes sont insolubles ou peu solubles dans l'eau (substances albumineuses provenant du bacille typhique, de celui du choléra, dn stapbylococcus aurens); les autres sont solubles dans l'eau (tétanos, charbon, diphthérie. etc.). L'étude, à peine commencée de ces nonveaux agents, promet des résultats d'un haut intérêt.

Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

Les médecins français et le congrès de Berlin. — Les médecins français devront-ils se rendre au Congrès international des sciences médicales qui doit se tenir cette année à Berlin? Cette question s'est posée à bon nombre de nos confrères, et nous savons que déjà plusieurs l'ont résolue par la négation. Les médecins allemands, disent-ils, se sont abstenus de venir aux congrès qui ont eu lieu à Paris en 1889, à l'occasion de l'Exposition universelle; pourquoi les médecins français iraient-ils à Berlin? Les médecins allemands, a-t-il été répondu, n'ont pas été libres de prendre part aux congrès de Paris; rien n'entrave la liberté des médecins français. Nous nous bornons à citer, sans discuter, ni apprécier. Mais nous devons ajouter que la question a été portée devant l'Association de la presse médicale française, et qu'à la suite d'une longue discussion dans laquelle toutes les opinions ont pu se produire, la majorité des membres de l'Association a adopté et signé la déclaration suivante :

« La majorité des membres du Syndicat de la presse médicale est d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès médical international de Berlin.

Elle se fonde sur les raisons suivantes :

1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues qui ont eu lieu successivement dans diverses capitales et dont la première s'est tenue à Paris en 1867. Les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grandes assises médicales, qu'ils en ont pris les premiers l'initiative. Le but de ces Congrès, exclusivement scientifique, consiste à poser et discuter les questions de médecine générale et spéciale et d'hygiène qui interessent tous les Etats;

2° Le français est l'une des trois langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, italiens, roumains, russes, suisses, turcs, américains du Sud, etc. Nos nationaux ne peuvent donc avoir la crainte d'être incompris ou isolés;

3° Le Corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes, les résultats de ses travaux, dans une réunion de savants destinée à enregistrer les progrès de la médecine, à discuter les sujets les plus importants à l'ordre du jour.

L'affirmation de la vie et de la puissance scientifiques de notre pays serait un nouveau gage de succès pour l'avenir. Dans ce concours de savants, qui n'exclut ni l'émulation, ni les rivalités d'écoles, ni la pacifique et fructueuse concurrence des nations, nous devons mettre au mieux en évidence devant le monde médical, notre travail national, notre enseignement, nos hommes et nos publications.

Auvard, Bourneville, Cézilly, Cornil, Dolèris, Duplay, Galezowski, Gillet de Grandmont, Gorecki, Gouguenheim, H. Huchard, Joffroy, Laborde, de Maurans, Prengrueber, de Ranse, Ch. Richet, Mauriac (de Bordeaux).

Congrès international de femmes-médecins. — Les doctoresses de Chicago agitent en ce moment la question de l'organisation d'un Congrès international de femmes-médecins qu se réunirait en 1892 ou 1893. Un comité prépare une circulaire qui sera adressée aux doctoresses en médecine de toutes les nations.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Nous avons la douleur d'annoncer la mort du Dr Tartivel, ancien rédacteur de l'*Union médicale*, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, qui vient de succomber, à l'âge de 61 ans, à une attaque d'angine de poitrine. Pendant de longues années notre regretté confrère a rédigé, dans l'*Union médicale*, les comptes rendus de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie avec une exactitude et une netteté des plus remarquables et des mieux appréciés des auteurs des communications. Sa collaboration à l'*Union médicale* ne s'arrêtait pas là, et il y a publié des mémoires et des articles de critique où sa personnalité s'affirmait davantage. Elève de Fleury, aux travaux duquel il a collaboré, Tartivel était un de nos médecins hydrothérapeutes des plus distingués. Il devenait promptement l'ami de ses malades qui n'avaient jamais qu'à se louer de ses soins intelligents et consciencieux. Pour nous, qui nous sommes assis pendant si longtemps sur le banc des journalistes de l'Académie, à côté de Tartivel, nous gardons de lui le meilleur souvenir et devions à sa mémoire le tribut de nos sincères regrets.

F. de R.

***

*Corps de santé militaire.* — La date de l'examen que doivent subir les médecins et pharmaciens aides-majors de la réserve de l'armée territoriale, pour le grade de major, est fixé à la première quinzaine de juin.

***

*Hygiène publique.* — La direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques examine en ce moment un projet tendant à introduire les notions d'hygiène dans tous les concours donnant accès aux carrières où les employés peuvent avoir à s'occuper de la santé publique.

***

*Nominations dans la Légion d'honneur.* —Par décret, en date du 20 avril 1860, M. André, médecin major de première classe à l'hôpital militaire de Bastia, a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

M. le Dr Magail, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie et chirurgien en chef de la Maternité de Marseille est nommé chevalier.

— Par décret, en date du 2 mai 1890, M. le Dr Méhier, membre du Conseil général de l'Ain, est nommé chevalier.

***

*Concours du bureau central.* — Le jury du concours, pour trois places de médecin est définitivement constitué comme suit : MM. Hardy, Laboulbène, Peter, Ballet, Faisans, Félizet, Tennesson.—Les candidats, au nombre de 64, sont: MM. Achard, Barbier, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand Fardel, Florand, Gallois, Galliard, Gauchas, de Genues, Giraudeau, Girode, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Gilles de la Tourette, Havage, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffite, Launois, Lebreton, Lesage, Legendre, Lermoyez, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu, Menetrier, Méry, Morel-Lavallée, OEttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Thibierge, Thoinot, Weber, Widal et Wurtz.

***

*Faculté de médecine de Paris.* — M. Rochon-Duvigneaud, chef-adjoint de laboratoire de clinique ophthalmologique, commencera un cours d'anatomie normale et pathologique de l'œil le lundi 12 mai, à 5 heures amphithéâtre Dupuytren, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Campenon, professeur agrégé, a commencé le cours de

clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, le mardi 6 mai 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le jeudi leçon de gynécologie.

— Le Dr J. Simon commencera ses conférences le mercredi 14 mai à 9 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique le samedi.

— M. Bourgeois, docteur ès sciences, est nommé aide-naturaliste près la chaire de chimie appliquée au corps organiques du muséum, en remplacement de M. Arnaud, appelé à d'autres fonctions.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Un cas de sarcome ossifiant de la choroïde*, étude clinique et anatomique, par le Dr A. Ducamps, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Une brochure in-8° de 10 pages. — Extrait du *Montpellier médical* à Montpellier (Hérault).

*Des lipomes transformés ou dégénérés*, par le Dr Lardier, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers. Une brochure de 8 pages avec une planche hors texte. — Imprimerie et lithographie Ch. Méjeat jeune, à Rambervillers.

*L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes*, mémoire lu au Congrès international d'otologie et de laryngologie de Parl (septembre 1889), par le Dr D. M. Lévi. Une brochure de 12 pages. — G. Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain.

*Des hémorrhagies en obstétrique et en gynécologie*, leurs sources et méthodes de traitement, par le Dr Richard Lomer, à Hambourg. Traduit de l'allemand par le Dr Stas, à Amiens. Une brochure de 35 pages. — A. Manceaux, librairie, éditeur, 12, rue des Trois-Têtes (Montagne de la Cour), à Bruxelles.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 27 AVRIL AU 3 MAI 1890.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 3. — Rougeole, 49. — Scarlatine 4. — Coqueluche, 10.— Diphthérie, croup, 34.— Choléra, 0. —Phtisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 45. — Autres, 3. — Méningite, 51. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 46. —Bronchite aiguë, 34. — Bronchite chronique, 57. — Broncho-pneumonie, 27. — Pneumonie, 59. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 8. — Biberon 44.—Diarrhée au-dessous de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 33.—Sénilité, 36. —Suicides, 11.—Autres morts violentes, 16. —Autres causes de mort, 201.—Causes inconnues, 12.—Total : 1094.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

DES

# EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisit, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécretion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstort, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé leger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**

**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MALADIES DES VIEILLARDS.

### HOSPICE DES MÉNAGES.

### PNEUMONIE DES VIEILLARDS. CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE LATENTE. CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Par Albert Robin et Tessier.

L'observation suivante, recueillie à la maison de retraite des Ménages, nous paraît prêter matière à d'intéressantes considérations cliniques sur la pneumonie des vieillards, et sur la latence de certaines affections séniles, particulièrement les affections hépatiques.

Mme D..., âgée de 71 ans, sans antécédents héréditaires spéciaux, a joui jusqu'en 1885 d'une santé à peu près parfaite.

Réglée à 13 ans, la menstruation est régulière jusqu'à la ménopause qui s'établit définitivement à l'âge de 53 ans.

Elle a eu deux enfants d'un seul mariage. Les grossesses, les couches, ont été absolument normales.

Le seul renseignement utile est l'aveu fait par la malade d'un certain degré d'alcoolisme qui, dès 1884, aurait provoqué, à intervalles irréguliers, des vomissements pituiteux, sans troubles gastriques.

Le 9 janvier 1885, elle entre pour la première fois à l'infirmerie de la maison de retraite des Ménages. Huit jours avant son entrée, elle se sent fatiguée; puis assez rapidement survient, avec une céphalalgie vive, une sensation de fièvre intense *sans frissons ni point de côté*. Dès ce moment, elle tousse un peu. On l'examine le lendemain de son entrée.

A la percussion du thorax, en arrière, on trouve au niveau de la fosse sus-épineuse et sous-épineuse droite, une submatité assez nette.

A l'auscultation, pas de souffle tubaire, mais dans le tiers supérieur du poumon droit existent de nombreux râles sous-crépitants, très humides, limités à l'inspiration.

En avant et du côté droit, matité à peu près complète, râles crépitants, respiration légèrement soufflante.

La malade présente une toux sans aucun caractère. Elle *ne crache pas*.

La langue est sèche, fendillée. L'anorexie est complète; il existe de la constipation avec un certain degré de météorisme abdominal.

Les urines, épaisses, renferment un sédiment rougeâtre. L'examen ne décèle ni sucre ni albumine.

Les bruits du cœur sont fréquents, réguliers, le pouls est large dépressible, la temp. = 37°8.

On institue le traitement suivant : Pot. de Todd. Vésicatoire. Régime lacté.

Le 11, le 12. L'état reste à peu près le même, la temp. se maintient à 37°6, le pouls tombe à 88.

Le 13. La malade a eu peu de diarrhée.

## FEUILLETON

### L'HOSPITALISATION DES ENFANTS A LONDRES ET LES HOPITAUX DISPENSAIRES.

*(Suite)* (1)

II

HOSPITALISATION ET SOINS A DONNER AUX ENFANTS NON CONTAGIEUX. *Hôpitaux-dispensaires.*

Si l'on accepte en principe la transformation de nos deux grands hôpitaux d'enfants en hôpitaux infectieux, le péril de laisser les enfants non contagieux dans le voisinage immédiat d'un grand foyer infectieux devient évident.

La nécessité de créer des hôpitaux pour les enfants malades non contagieux s'impose.

Mais quel type d'hôpital convient-il d'adopter pour combler cette lacune dans notre hospitalisation?

A notre avis, l'expérience, faite à Londres depuis trente ans, des hôpitaux-dispensaires, est décisive, et doit faire abandonner définitivement les grands hôpitaux pour enfants.

L'établissement de petits hôpitaux-dispensaires n'entraîne pas les dépenses colossales de constructions qui ne sont que trop habituelles à Paris pour les *hôpitaux-monuments*, et (de plus) comme nous le disions dès les premières pages de ce rapport, cette innovation répond à un véritable besoin de la population nécessiteuse.

Le grand succès de nos dispensaires pour enfants, qui n'ont commencé à fonctionner à Paris que depuis quelques années, est la meilleure preuve de l'insuffisance des consultations externes dans nos deux grands hôpitaux pour enfants.

Certes, nos médecins des hôpitaux d'enfants jouissent d'une réputation immense et légitimement acquise, et cependant la clientèle du dispensaire Furtado-Heine, des dispensaires de la Société philanthropique, du dispensaire Ruel, du dispensaire de M. Dubrisay, etc, cette clientèle, disons-nons, ne fait que s'accroître.

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18 et 19.

Le 14. On note toujours au sommet droit de nombreux râles à grosses bulles.

Ce jour-là l'expectoration, qui avait commencé la veille, devient plus abondante, les crachats sont blancs, visqueux, adhérents au vase. Il survient *sous le sein droit* un *point de côté*.

Le 15. Le point de côté persiste, de même que l'expectoration; les gros râles constatés au sommet droit se font toujours entendre. On perçoit de plus, aux deux bases, quelques râles de déplissement.

A partir de ce moment l'état de la malade subit une amélioration progressive jusqu'à la guérison complète. Elle sort le 20 janvier.

Jusqu'au 30 janvier 87, elle se porte bien. A cette époque, après un refroidissement, elle commence à tousser et entre à l'infirmerie où elle fait un séjour d'un mois. Le diagnostic écrit sur la feuille de sortie est « Bronchite »; au dire de la malade, elle aurait éprouvé, lors de ce deuxième séjour, les mêmes symptômes qu'à sa première entrée.

Elle sort le 10 mars : dès lors sa santé est moins bonne, elle continue à tousser un peu sans cracher et se plaint de palpitations.

Néanmoins, elle est plutôt fatiguée que réellement malade, jusqu'au jour de sa troisième entrée à l'infirmerie, le samedi 29 mars 1890.

La malade, interrogée, nous raconte que le lundi 24 elle apprend une nouvelle qui l'émeut fortement. La nuit elle est prise de « sensation de chaleur intense », selon son expression. Elle n'a ni *frisson* ni *point de côté*.

Le mardi matin, elle éprouve quelques nausées sans vomissements; elle s'aperçoit qu'elle est un peu jaune. Le mercredi commence une diarrhée exclusivement bilieuse qui disparaît deux jours après.

Avertis par ses séjours antérieurs, nous examinons immédiatement ses poumons. Nous notons en avant une sonorité un peu diminuée à droite, sans modification, à gauche. A l'auscultation, nous trouvons à droite des râles sous-crépitants superficiels bornés à l'inspiration, compris dans une zone occupant tout le creux sous-claviculaire jusqu'au milieu du sternum. En arrière et du côté droit, la sonorité est très diminuée; il y a matité, et nous constatons de nombreux râles plus fins que ceux qui ont été signalés à la partie antérieure et limités à la fosse sus et sous-épineuse, c'est-à-dire la zone mate.

Il n'y a pas à ce niveau d'exagération des vibrations thoraciques. Il n'y a pas de *souffle*. Dans le reste de l'étendue la respiration est simplement exagérée.

A gauche. la respiration est rude sans râles.

Les bruits du cœur fréquents sont mal frappés, un peu sourds il n'y a pas de bruit anormal.

L'état général est plutôt mauvais. La malade, d'un embonpoint considérable, présente une teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

Les extrémités digitales sont légèrement cyanosés. La radiale est athéromateuse; le pouls fréquent, dur, sans irrégularité atteint 112. La temp. 38°6.

Herpès labial supérieur.

La langue est sèche, dure, rapeuse, *noirâtre*, dans sa partie moyenne et cette coloration effraye la malade elle-même qui, très abattue, conserve son intelligence absolument intacte.

On institue le traitement suivant Potion de Todd: sulfate de quinine.

Les urines sont normales.

Le 29 au soir, la température atteint 40,2.

Le 30 au matin. Pouls 104, temp, 38°4. On fait appliquer un vésicatoire au sommet droit. Le soir, l'état général ne s'améliore pas La temp. atteint de nouveau 40°2.

Le 31. Les signes d'auscultation restent les mêmes; on constate seulement une obscurité respiratoire dans la fosse épineuse droite. La malade ne présente aucune douleur thoracique, elle ne crache pas, l'adynamie augmente. Elle prend quelques cuillerées d'une potion d'ipéca et meurt le 1er avril d'asphyxie lente, progressive.

*Autopsie.* — L'autopsie est faite le 2 avril.

La cavité pleurale droite contient 300 gr. environ d'un liquide citrin maintenu à la base par des adhérences épaisses qui fixent les lobes supérieur et moyen à la paroi costale.

Le péricarde est sain : on y trouve une petite quantité de liquide clair.

Le péritoine ne contient aucun liquide. On constate seulement au niveau des cornes utérines, des adhérences fibro-vasculaires qui relient l'iliaque à la face antérieure et à la base de l'utérus. Les gros vaisseaux sont gorgés d'un sang épais, qui s'écoule des caillots mous, volumineux, noirâtres.

Le *poumon gauche* pèse 380 gr. En dehors d'un certain degré d'emphysème au sommet, il présente un peu de congestion au lobe inférieur.

Le *poumon droit*, lourd dans la main, pèse 1095 gram. La plus grande partie de la plèvre est recouverte de fausses membranes, les unes de formation récente se détachent assez facilement.

Les 3 lobes sont adhérents entre eux : les lobes supérieur et moyen particulièrement forment un bloc homogène induré, qu'il est difficile de séparer, sans provoquer de déchirures.

---

Comment en serait-il autrement étant donnés l'encombrement ordinaire des consultations de nos hôpitaux, et les grandes distances qui les séparent des quartiers extrêmes de Paris? Les parents reculent devant des déplacements longs et onéreux, et s'adressent au dispensaire voisin.

Loin de nous la pensée de vouloir entraver le généreux essor de la charité privée à Paris. — Nous admirons et nous louons les efforts produits par des personnes qui font un noble usage de leur fortune, et par les sociétés de bienfaisance.

Mais, à l'inverse de ce qui se passe en Angleterre, la charité publique patronnée et subventionnée par la municipalité, est encore dans nos mœurs. L'assistance publique doit donc tenir compte des progrès réalisés pour dispenser de la manière la plus fructueuse et la plus éclairée les secours médicaux et hygiéniques aux enfants pauvres.

Il est indiscutable que le dispensaire isolé rend de grands services; aussi l'idée de la multiplication de ces établissements a-t-elle ses partisans.

Le Dr Gibert (du Havre) dont l'autorité est grande dans les questions philanthropiques, considère le dispensaire comme le meilleur moyen de réduire l'hospitalisation *au minimum* (1).

Mais le dispensaire tel qu'il fonctionne chez nous, est incomplet, à notre avis. Il lui manque l'annexe dont il est pourvu dans les dispensaires anglais : c'est-à-dire les petites salles pour hospitaliser, en cas de nécessité absolue, les malades atteints d'affections médicales ou chirurgicales graves.

Le chirurgien du dispensaire n'osera pas entreprendre une opération urgente dans la crainte que l'opéré ne puisse être transporté tout de suite chez lui. — Le médecin trouvera des malades gravement atteints, nécessiteux ou privés de famille, auxquels il ne pourra continuer à donner ses soins.

Il faut que le dispensaire soit complété par l'adjonction d'un petit hôpital.

En résumé, nous adoptons le type de l'*hôpital-dispensaire* anglais avec son installation, mais nous croyons qu'on en doit simplifier l'organisation et le fonctionnement. Cette création nouvelle rendrait

(1) Le docteur Gibert insiste, avec raison, sur les dépenses minimes des dispensaires eu égard aux immenses services qu'ils rendent.

Le lobe inférieur est légèrement congestionné.

Le lobe moyen présente les altérations suivantes. Dans la plus grande partie de son étendue le tissu est d'une friabilité extrême. L'aspect de la coupe est d'un gris rosé sale. A la pression on fait écouler une certaine quantité d'un liquide puriforme d'odeur fade, le pus n'est collecté en aucun endroit. A la partie inférieure de ce même lobe on trouve une partie plus dure, de coloration grise, dont la surface de section est sèche. La 1re zone a subi l'*infiltration purulente*, la 2e l'*hépatisation grise*.

Le lobe supérieur est atteint d'hépatisation rouge. Le tissu pulmonaire ne crépite plus sous le doigt, la surface de section est *plane sans granulations*.

Un morceau détaché des deux lobes tombe au fond du vase.

Les bronches ne sont pas dilatées; leurs parois sont légèrement injectées.

Le *cœur* pèse 465 gr.: c'est un *cœur gras* dont les parois sont moins épaisses, dont les cavités sont un peu dilatées.

Les valvules artérielles et auriculo-vent. sont *saines*. A la *coupe*, le tissu cardiaque, de teinte feuille morte, est mou, et présente certains points de sclérose avec îlots graisseux.

L'aorte a conservé son élasticité sauf en trois points légèrement athéromateux. Les coronaires sont intactes.

Le *foie* pèse 2 495 gr. Il est hypertrophié, atteint l'hypochondre gauche. La capsule de Glisson est épaissie, la surface convexe présente des impressions costales profondes et verticales. L'aspect de cette surface est irrégulier, chagriné en certains points, hérissé, au niveau du lobe gauche, de grosses granulations dont l'aspect rappelle celui du *«foie clouté»*.

La couleur générale est *jaune doré*, le tissu à la coupe offre une consistance un peu diminuée; une assez grande quantité de sang s'écoule à la section des vaisseaux hépatiques.

*Examen microscopique*. — Le foie avait l'aspect macroscopique d'un foie cirrhotique et graisseux.

Pour plus de certitude nous avons eu recours au savoir du docteur Suchard qui, avec son obligeance habituelle, a bien voulu nous donner les conclusions que nous résumons ici.

« Les lésions constatées sont celles d'une cirrhose annulaire, multilobulaire en certains points, monolobulaire en d'autres, ayant débuté par les espaces portes. Certains lobules sont intacts, d'autres simplement échancrés. Dans la majeure partie des points, les cellules hépatiques présentent de grosses gouttelettes de graisse, indice d'une dégénérescence graisseuse déjà ancienne, tandis qu'en d'autres parties on trouve de petites gouttelettes témoins d'une dégénérescence graisseuse aiguë récente d'origine probablement infectieuse. »

La vésicule biliaire est saine, ses parois sont simplement un peu injectées. Elle est moulée par un calcul de coloration noirâtre pesant 52 gr. et du volume d'un petit œuf de poule. Ce calcul est composé de cholestérine pure recouverte de pigment biliaire baignant dans un liquide transparent, huileux, où nageaient des flocons ressemblant à de l'albumine cuite.

La rate pèse 360 gr.; elle est volumineuse et ramollie; la capsule est saine.

Les reins, en dehors d'une congestion notable, n'offrent aucune altération apparente.

L'examen des autres organes ne produit aucun fait qui mérite d'être signalé.

Si nous avons relaté aussi longuement cette observation, c'est afin d'attirer l'attention sur quelques points de séméiologie, et c'est aussi pour fournir un nouvel exemple de la tolérance des vieillards pour des affections devant lesquelles un adulte réagirait énergiquement. Cette tolérance est une sorte de privilège, qui n'est pas sans avoir certains avantages, mais qui ajoute singulièrement à la difficulté du diagnostic.

Tout d'abord, nous avons là un des types fréquents de la pneumonie du vieillard. L'évolution de celle-ci est si différente de ce qui se passe chez l'adulte, que le fait même d'une ressemblance symptomatique, devient, chez le premier, un élément de pronostic favorable.

A deux reprises, notre malade a eu une pneumonie du poumon droit. Le diagnostic facile lors de la première atteinte, de par les signes physiques, eût été moins précis, à la seconde atteinte, si nous n'avions eu, pour nous guider, les caractères de la langue.

Dans les deux cas, le début a été presque absolument identique. Parmi les signes classiques, nous ne trouvons ni point de côté, ni frisson. L'expectoration manque, le souffle est introuvable, et le râle sous-crépitant remplace le râle crépitant type. Les signes généraux demeurent aussi à peu près silencieux; le pouls ne fournit aucune indication, et dans la seconde atteinte, la température ne s'élève que peu de temps avant la mort. Cette pneumonie du sommet, qui éveille si volontiers des sympathies cérébrales, ne provoque ici aucun symptôme encéphalique.

Mais l'état de la langue, dans les deux cas, fournissait de précieuses indications. Dans bien des circonstances, les modi-

---

tous les services du dispensaire, et permettrait d'hospitaliser les enfants non contagieux.

Nos conclusions formulées en quelques mots sont les suivantes;

I. — La transformation de nos grands hôpitaux d'enfants en hôpitaux infectieux.

II. — La création d'*hôpitaux-dispensaires* pour enfants dans les quartiers populeux (1).

### APPENDICE

#### I

PREMIER TYPE D'HOPITAL D'ISOLEMENT.

*London Fever Hospital.*

Cet hôpital pour les maladies infectieuses fonctionne depuis 1802. Un millier de malades y sont traités annuellement.

Un parterre avec pelouses sert d'entrée.

Les pavillons destinés aux malades sont largement espacés les uns des autres; de grands terrains tout autour sont occupés par des pelouses et par des bosquets.

Ces pavillons se composent seulement d'un rez-de-chaussée élevé sur arcades de pierre au-dessous desquelles l'air peut circuler.

Les parois des salles sont recouvertes de briques émaillées. Les parquets sont lavés; la ventilation est bien ménagée.

Il existe quelques grandes salles de 20 lits environ, pour les scarlatineux, les typhiques, etc., mais, en général, les salles sont plus petites. Les diverses maladies sont isolées dans chaque pavillon.

Un grand nombre de lits sont vides quand nous visitons l'établissement (juillet 1889).

Cet hôpital ne contient pas de salles spéciales pour enfants. Les enfants sont soignés dans les salles communes, avec les adultes du même sexe. Il n'y a pas de dispensaire annexé à cet hôpital.

Durant 1888, 742 malades ont été en traitement. Ce chiffre est inférieur à celui des années précédentes, d'après les indications fournies par la notice de l'hôpital.

(1) Nous avons eu déjà la satisfaction de voir notre idée des Hôpitaux Dispensaires pour enfants, accueillie favorablement par le Conseil municipal de Paris. M. Paul Strauss, rapporteur du budget de l'Assistance publique, auquel nous avons communiqué les documents de ce rapport, a émis, au nom du Conseil, un vœu pour la création d'un *Hôpital Dispensaire* spécial aux enfants dans le nord-ouest de Paris.

fications subies par la mnqueuse linguale suffisent, à elles seules, pour soupçonner les pneumonies graves que les vieillards promènent, sans s'en douter, jusqu'au jour de leur mort, et auxqu'elles ils succombent quelquefois subitement. Cette langue sèche, fendillée, rapeuse, rouge foncé et vernissée, ou noirâtre, devient donc alors un signe de premier ordre.

Les différences dans les deux atteintes se manifestent un pen plus tard. Dans la première observation, 13 jours après le début, l'état général restant bon, la malade éprouve un point de côté sous-mammaire droit; à ce moment de gros râles de retour surviennent, l'expectoration se montre abondante. Dès lors le tableau de la pneumonie sénile se rapproche de la pneumonie classique; elle s'améliore, la malade guérit.

Dans la deuxième atteinte au contraire, la pneumonie reste *sénile*; ni le point de côté, ni l'expectoration n'apparaissent; l'adynamie augmente, et la malade meurt avec tous les signes d'une asphyxie lente.

L'apparition des vésicules d'herpès (lors du dernier séjour), mérite aussi d'être signalée, *vu son extrême rareté chez le vieillard*.

Ces vésicules d'herpès se sont développées dès le début de la maladie, elles étaient desséchées quand la malade est entrée à l'infirmerie. L'herpès labialis a donc été une manifestation précoce de la pneumonie, et cette manifestation, loin d'avoir le caractère critique et favorable de l'herpès dans la pneumonie de l'adulte, a constitué, au contraire, un signe pronostic défavorable. L'un de nous a, d'ailleurs, constaté, à maintes reprises, que dans la pneumonie des vieillards, l'herpès labialis était d'un pronostic plutôt mauvais.

Cliniquement, cette pneumonie, parvenue au troisième degré, ne présentait rien de particulier, en dehors de cet *aspect planiforme* de la coupe qui, chez le vieillard, se rencontre fréquemment, la granulation faisant défant, par suite du pen de densité de l'exsudat.

Mais, ce que l'autopsie nous a révélé de plus curieux, c'est l'existence d'une cirrhose hypertrophique graisseuse avec calcul biliaire du volume d'un œuf de poule.

La dégénérescence des cellules de ce foie cirrhosé relève, à n'en pas douter, du processus pneumonique infectieux qui a emporté notre malade. L'ictère qui n'existait pas avant la pneumonie terminale, est apparn, au cours de celle-ci, témoignant ainsi de la réaction hépatique, déterminée par le processus infectieux.

Pour produire cet ictère, il a fallu deux conditions: la pneumonie d'abord, avec son siège à droite, puis l'état d'infériorité dans lequel se trouvait ce foie depuis longtemps altéré. Car l'ictère n'est rien moins que fréquent dans la pneumonie du vieillard, quand le foie ne présente pas d'altération antérieure.

Un des points de cette observation qui nous semble le plus curieux et sur lequel nous voulons insister, c'est sur la latence de cette cirrhose hypertrophique et de la lithiase biliaire. Voilà deux affections, dont l'une exerce sur la nutrition une action troublante au premier chef, dont l'autre est le type des maladies douloureuses, et cependant ces deux affections ont parcouru tout le cycle de leur évolntion anatomique sans que la patiente en ait éprouvé le moindre dommage, sans que sa santé ait paru troublée. Non seulement, elle n'a jamais eu de colique hépatique, mais à aucun moment, une douleur quelconque n'a attiré son attention du côté du foie.

Cette tolérance pour les maladies chroniques est fréquente chez les vieillards, où la solidarité des divers organes est loin d'être aussi absolue que chez l'adulte. L'un de nous a communiqué jadis, à la Société médicale des hôpitaux (1), un cas qui se rapproche de celui-ci et dans lequel une cirrhose biliaire d'origine calculeuse, avec dilatation énorme des voies biliaires et petit abcès hépatique, ne se traduisirent pendant la vie de la malade par aucun symptôme. Chez cette même malade un anévrysme de l'aorte abdominale s'était produit, développé et guéri, sans qu'aucun tronble morbide ait jamais révélé les phases diverses de cette évolution. Cet anévrysme était demeuré une maladie si locale qu'elle n'avait même pas eu le moindre retentissement sur le reste de l'appareil circulatoire et que le cœur, contrairement à ce qui se passe ordinairement chez les vieillards, était resté petit.

Ce qu'il y a de curieux dans ces cas, c'est que les lésions paraissaient de très ancienne date, qu'elles avaient dû se développer bien avant l'entrée des malades dans la vieillesse. Par conséquent, jeunes ils ont supporté, sans phénomènes réac-

(1) Albert Robin et Mauny. Anévrysme de l'aorte thoracique spontanément guéri; cirrhose biliaire d'origine calculeuse, n'ayant donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. *Bulletin de la Société medicale des hôpitaux*, p. 177, 1886.

---

Voici un abrégé de la statistique de London Fever Hospital pour 1888 :

| | | |
|---|---|---|
| Malades restant en traitement de 1887 | 138 | scarlatineux |
| Pour autre maladie | 1 | |
| Ont été admis en 1888 : Fièvre typhoïde | 11 | |
| — — Fièvre scarlatine | 473 | |
| — — Rougeole | 27 | |
| — — Rubéole | 55 | |
| — — Diphthérie | 8 | |
| — Maladies autres que la fièvre. | 13 | |
| | 726 | |

| | |
|---|---|
| La mortalité pour cent a été de. | 9.09 pour la fièvre typhoïde. |
| — — — | 2.3 pour la scarlatine. |
| — — — | 0.0 pour la rongeole. |
| — — — | 0.0 pour la rubéole. |
| — — — | 33 pour la diphthérie. |

En somme, l'installation de cet hôpital, déjà fort ancien, laisse pen à désirer au point de vue de l'isolement des maladies contagieuses.

DEUXIÈME TYPE D'HOPITAL D'ISOLEMENT.

1

*North Western Hospital. (Hamptead).*

Cet hôpital, qui tire son nom dn quartier où il est situé (nord-ouest), est installé sur la pente d'un coteau, dans un terrain très vaste. Une sorte de rue médiane, pavée, donne accès dans cette petite cité hospitalière, toute composée de pavillons de bois. Les logements du secrétaire ou directeur sont construits en bois. Chaque baraque n'a qu'un rez-de-chaussée et se trouve éloignée des voisines d'au moins 40 mètres. Le personnel des serviteurs est spécial pour chaque pavillon, et couche dans de petites dépendances.

Ces pavillons de bois contiennent environ 30 lits chacun. Le plus grand nombre des salles est destiné à la scarlatine; d'autres à la diphthérie, d'autres à la fièvre typhoïde. Les rougeoles ne sont pas admises. Un *act* du Parlement a, paraît-il, autorisé les hôpitaux de *Metropolitan asghum board* à refuser les rubéoleux.

La ventilation des salles est remarquablement bien faite; aucune odeur. Le chauffage est assuré par des calorifères en briques, à

tionnels, l'évolution du mal; vieux, ils ont toléré les lésions résiduales de la maladie, de sorte qu'à côté du défaut d'aptitude réactionnelle dû à la vieillesse, il faut faire la part des aptitudes individuelles et peut-être aussi d'une manière d'être spéciale dans l'évolution des maladies. La tolérance de certains organismes devant de si énormes lésions, est très probablement fonction de ces trois conditions.

## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. LE DOCTEUR BARTH.

### DE LA SPLÉNO-PNEUMONIE.

Leçon recueillie par M. Faure-Miller, interne du service.

*Suite et fin (1).*

— Vous savez que la pleurésie devient bien rarement double; eh bien, une fois les symptômes que je vous ai décrits établis d'un côté du poumon, l'autre côté ne tarde pas à se prendre; mais généralement, les phénomènes sont alors atténués, submatité plutôt que matité, souffle doux pouvant perdre son caractère tubaire, râles fins s'entendant jusqu'à la base du poumon et éclatant sous l'oreille à peu de distance de la paroi dans les secousses de toux ou dans les grandes inspirations. Les organes voisins ne sont pas déplacés, le foie reste à sa place; il ne subit aucun abaissement et par suite, il ne se déclarera pas de douleur au niveau du diaphragme, douleur si vive dans les épanchements pleuraux refoulant le diaphragme vers la cavité abdominale. L'espace de Traube reste sonore, ainsi que nous l'avons dit plus haut; le cœur garde sa situation normale. De plus, l'on ne constate pas de modification du périmètre thoracique au moins dans la grande majorité des cas, sauf cependant s'il se développe une congestion très intense, ce qui n'est pas la règle ordinaire. Alors, la mensuration vous pourra indiquer un ou deux centimètres de plus que normalement, mais jamais les dimensions que vous devriez trouver dans un épanchement liquide correspondant à la matité si accusée du côté le plus malade.

Je reviens sur un signe particulier, que j'ai signalé plusieurs fois au cours de cette conférence, mais qui me semble le symptôme peut-être le plus important et le plus caractéristique; c'est l'existence de râles fins perceptibles dans la zone de matité. Dans la toux, dans les inspirations profondes, vous les entendez distinctement. Quelquefois peu nombreux, quelquefois peu nets, rarement aussi accentués que dans la pneumonie, mais enfin vous les entendez assez facilement et ils vous donnent la sensation d'un parenchyme pulmonaire situé à peu de distance de l'oreille. Ces râles, vous ne les percevrez jamais dans le cas d'épanchement aussi abondant que l'indique la matité; ils vous démontrent par conséquent son absence.

Les symptômes fonctionnels sont loin d'être aussi accusés que dans les grandes maladies de la plèvre ou du poumon; la dyspnée est modérée; le malade tousse, mais il tousse surtout pour cracher et rejeter l'exsudat qui a pu sortir des alvéoles et arriver aux bronches qu'il irrite et dont le patient se débarrasse ainsi; je vous ai déjà dit que l'expectoration a un caractère congestif net et que l'on n'y retrouve aucune trace de sang.

La marche est variable selon les degrés de la congestion pulmonaire. En général, elle est de très coure durée, et quand le début a été aigu, la résolution a lieu rapidement et assez souvent en quelques jours. Grancher a bien démontré la brièveté de cette évolution dans la tuberculose; l'état morbide s'établit et disparaît en un court espace de temps, ce qui indique qu'il n'est intervenu là aucun agent infectieux. Mais les microbes pathogènes peuvent venir s'y greffer à la suite, car ils trouvent là un terrain très favorable, et vous avez pu voir, dans notre troisième observation, que le bacille de Koch s'était établi dans le parenchyme malade et y avait créé des colonies disséminées, des foyers de bronchopneumonie tuberculeuse.

Mais la marche est moins rapide dans d'autres cas, et la maladie peut durer alors plusieurs semaines; les symptômes ne se modifient plus aussi vite, et persistent un temps plus ou moins long. C'est alors surtout que l'on songe à la pleurésie d'autant plus que, dans certains cas, aux phénomènes simplement pulmonaires succède un épanchement pleural dont l'abondance n'a rien de fixe et dont les signes se surajoutent à ceux que l'on avait constaté antérieurement.

Aussi, quand on se trouvera en présence d'un de ces cas à marche lente, que l'on aura diagnostiqué la spléno-pneumonie

(1) Voir le numéro précédent.

---

fort tirage. De grandes précautions sont prises pour parer aux dangers en cas d'incendie.

Lorsque les malades entrent dans les salles, ils sont dépouillés de leurs vêtements qu'on plonge dans une cuve remplie de bichlorure de mercure au 2/1000.

Chaque pavillon a une large cuve placée extérieurement et en communication avec l'intérieur par une sorte de tour.

Les enfants prédominent dans cet hôpital, en raison des maladies qui y sont soignées; mais, comme à *London Fever Hospital*, comme à *Fulham*, il n'y a pas de salles uniquement occupées par les enfants. Ceux-ci sont placés dans les mêmes salles que les adultes. Au-dessous de cinq ans, les enfants des deux sexes sont mêlés aux femmes; au-dessus de cet âge, ils sont placés dans les salles d'adultes du même sexe

Le service hospitalier est assuré par des médecins résidents.

Les étudiants ne sont pas admis.

Ont été traités en 1888 :

| | |
|---|---|
| Scarlatine....... | 993 |
| Diphthérie....... | 7 |
| Fièvre typhoïde.. | 5 |

La mortalité par scarlatine a été de 4.73 pour 0/0.

2

*Western Hospital. (Fulham).*

Cet hôpital est établi sur le même modèle que *Hampstead*, dans des terrains spacieux.

Les pavillons n'ont qu'un rez-de-chaussée, et sont construits mi-partie briques, les piliers mi-partie de cloisons de bois.

Les cloisons de bois sont doubles, et du feutre est interposé entre les deux. Le chauffage et la ventilation sont très convenablement faits.

Cet hôpital compte 350 lits environs. Les malades atteints de scarlatine, de diphthérie, de fièvre typhoïde y sont seuls hospitalisés dans des baraques absolument indépendantes.

La rougeole n'est pas admise.

Dr Variot. *(A suivre.)*

et l'absence de pleurésie, il pourra être intéressant de suivre le malade à ce point de vue particulier afin de saisir le moment où l'épanchement se produira, et se manifestera alors par les signes qui lui sont propres. Mais, de toute façon, il est rare que cette pleurésie devienne importante; c'est surtout un phénomène congestif simple d'exsudation; la cavité pleurale se remplit de liquide sans que la plèvre soit réellement ou profondément atteinte; il s'agit plutôt d'un hydrothorax que d'une véritable pleurésie, car là encore manque la raison de l'inflammation, l'agent infectieux pathogène qui ne se trouvait déjà pas dans le poumon.

Vous voyez, d'après tout ce que nous avons dit, qu'il est intéressant et utile de reconnaître au premier coup d'œil la splénopneumonie et de la distinguer de la pleurésie, car vous pourrez, par votre diagnostic, éviter au malade la ponction de la poitrine qui ne peut être dans l'espèce d'aucune utilité. Mais, à ce point de vue encore, vous devez vous souvenir que, dans certains cas où le diagnostic de splénopneumonie est nettement posé, il vous sera peut-être donné d'assister à l'apparition d'un épanchement et la ponction pourra alors vous sembler devenue nécessaire. Souvent pour le diagnostic de l'épanchement, même au début et pour établir ce diagnostic, l'on se sert de la ponction avec la seringue de Pravaz, et si l'on retire du liquide on affirme la présence du liquide. Eh bien la preuve n'est rien moins que complète, car il peut se trouver entre la paroi thoracique et la surface du poumon une très mince couche de sérosité exsudée que la seringue de Pravas pourra atteindre, mais la grande aiguille ou le trocart ne fera que traverser pour aller percer le poumon. C'est ce qui est arrivé pour notre premier malade; il avait été transporté par erreur en chirurgie. Quand on vint à l'examiner, le diagnostic de pleurésie se posant naturellement, l'on fit une ponction avec la seringue de Pravaz et par celle-ci l'on retira un liquide clair; le diagnostic de pleurésie se trouvant en apparence confirmé, l'on fit passer le malade dans nos salles. Or vous avez pu constater par vous-même que nous avions à faire à une splénopnеumonie. Ne vous contentez donc pas de la seringue de Pravaz pour vous éclairer absolument, mais basez-vous surtout sur le groupement des symptômes que je vous ai signalés.

Si cependant, après l'examen soigneux de votre malade, il reste des doutes, et que l'on penche plutôt vers la pleurésie que vers la splénopneumonie, il vaut mieux mettre de côté la seringue de Pravaz et ponctionner franchement avec la grande aiguille que vous aurez stérilisée au préalable afin d'éviter l'apport de tout germe pathogène. Observez aussi ce précepte de faire votre ponction avec un vide faible afin de ne pas trop détériorer le parenchyme si vous étiez venu à plonger dans le poumon.

Si enfin vous ne retirez aucun liquide, n'en soyez pas trop effrayé; si l'opération a été faite proprement, le malade ne court aucun danger, et d'autre part, votre diagnostic sera complètement éclairé.

Il est encore un point sur lequel je vous prie de porter votre attention au sujet du diagnostic, c'est la distinction clinique des formes décrites par les différents auteurs que nous avons cités au cours de notre conférence; c'est le diagnostic entre la splénopneumonie et les degrés de congestion qu'ont signalés Voillez et Potain. Si nous pouvons conserver ces dénominations différentes pour désigner tel ou tel degré dans le complexus clinique qui nous occupe, il me semble qu'au point de vue clinique, nous n'avons pas à nous appesantir trop sur ces distinctions, mais bien au contraire à les considérer comme des gradations ascendantes dans la gravité d'un même état morbide, et dont le traitement, en somme, sera toujours à peu près le même. Quand la marche est rapide et que la guérison vient vite, nous aurons la congestion pulmonaire simple de Voillez; quand il s'y joindra un peu de congestion pleurale avec un léger exsudat dans la cavité séreuse, nous diagnostiquerons la pleuro-congestion de Potain; quand enfin la lésion semblera plus stable, plus tenace et que les phénomènes pulmonaires nous sembleront plus profonds, nous nous rattacherons à l'idée de la splénopneumonie de Grancher. En un mot nous considérerons que cliniquement, nous n'étudions là que trois degrés différents de la même affection.

Et nous aurons d'autant plus de raisons de le faire que, pour ces trois formes, même la plus accusée, le pronostic est presque toujours bénin, et l'on n'a que bien rarement l'occasion de pratiquer l'autopsie, à moins que la maladie première n'entraîne la mort. Et de plus, le traitement sera également toujours le même, qu'il s'agisse de la congestion simple, de la pleuro-congestion ou de la spléno-pneumonie. Ce traitement devra répondre à deux indications, l'état congestif du poumon et la possibilité d'établissement d'un état subinflammatoire. Dans le premier cas, vous ordonnerez des décongestionnants du poumon, et de préférence parmi eux, des antimoniaux faibles, tels que le kermès. Pour combattre les lésions inflammatoires, amener une circulation plus active des poumons et de la plèvre, et faire disparaître ainsi l'état de torpeur des alvéoles, appliquer les révulsifs dans une large mesure, ventouses, vésicatoires et au besoin pointes de feu. Vous verrez ainsi dans un temps relativement très court le poumon retrouver son élasticité, et la respiration reprendre les caractères qu'elle avait avant l'apparition des accidents congestifs.

## REVUE DES JOURNAUX

### CHIRURGIE.

I. — UNE NOUVELLE MÉTHODE DE GASTROSTOMIE, par le Dr L. HAHN. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, n° 11, p. 193.

II. — SUR L'EXTIRPATION PARTIELLE DU REIN, par le Dr KUMMELL, de Hambourg. *Ibidem*, n° 18, p. 329.

III. — EXTIRPATION DES VÉSICULES SÉMINALES TUBERCULEUSES, par le Dr E. ULLMANN. *Ibidem*, n° 8, p. 137.

IV. — OPÉRATION PLASTIQUE POUR MASQUER LA CAVITÉ ORBITAIRE APRÈS EXTRACTION DE SON CONTENU, par le professeur L. KUSTER. *Ibidem*, n° 2, p. 25.

I. — Voici la description que donne M. L. Hahn de sa nouvelle méthode de gastrostomie, qu'il a mise en pratique pour la première fois dès l'année 1887.

Une incision de la peau est tracée parallèlement au rebord des fausses côtes gauches et à 1 centimètre environ de ce rebord. Cette incision mesure de 5 à 6 centimètres. Le péritoine est ensuite ouvert sur une longueur égale.

Puis, dans le troisième espace intercostal et dans le voisinage immédiat de la jonction des huitième et neuvième cartilages costaux on fait une seconde incision qui intéresse la peau et le muscle sous-jacent; cette incision est dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Avec une pince courbe, on traverse le feuillet pariétal du péritoine au niveau de cette seconde incision, et on élargit la plaie en écartant les branches de la pince. Avec le pouce et l'index de la main gauche, introduits à travers la première incision, on va à la

recherche d'une partie de l'estomac située aussi près que possible du fond, on la saisit avec les pinces, on l'attire hors de la seconde plaie, assez loin pour que la poche ainsi formée fasse une saillie de 1 centimètre en avant du huitième espace intercostal. On recouvre la première incision avec de la gaze iodoformée. On fixe en place la portion procidente de l'estomac avec des points de sutures qui n'intéressent que la séreuse si la gastrotomie doit avoir lieu dans quelques jours seulement, en traversant les tuniques séreuse, musculaire et muqueuse si l'ouverture de l'estomac doit avoir lieu immédiatement. Puis on ferme la plaie abdominale.

D'après les nombreuses recherches faites par l'auteur sur des cadavres, le siège de la seconde incision, dans le huitième espace intercostal, est tel qu'à ce niveau on ne court aucun risque d'entamer le diaphragme avec l'instrument tranchant. Les observations comparatives que l'auteur a faites, d'une part dans sept cas de gastrostomie où l'estomac a été fixé dans la plaie abdominale pratiquée parallèlement au rebord des fausses côtes gauches, d'autre part, dans huit cas de gastrostomies pratiquées suivant le nouveau procédé, l'amènent à conclure que :

1° Un estomac peu volumineux et contracté peut être fixé plus facilement, et au prix de moindres tiraillements, aux lèvres d'une incision qui intéresse le huitième espace intercostal à l'endroit indiqué ci-dessus;

2° La fixation en place de l'estomac paraît être plus solide et plus sûre parce que, par suite des meilleures conditions d'occlusion, la plaie est préservée du contact du contenu de l'estomac, si préjudiciable aux sutures;

3° Il est plus facile d'assurer l'alimentation du malade, parce que, au moment où on fait pénétrer la masse alimentaire, rien ne peut s'échapper entre le tube et l'orifice; les cartilages costaux font, en quelque sorte, office de pince oblitératrice.

4° Plus tard, il n'est pas besoin de recourir à l'emploi d'un oblitérateur; il est impossible que la fistule s'élargisse, par suite de la résistance opposée par les cartilages costaux.

II. — Les recherches de différents auteurs, celles de Tufier notamment, nous ont fourni la preuve que les plaies expérimentales du rein sont susceptibles d'une réparation complète. Non seulement il n'y a pas à craindre que la surface de section du parenchyme rénal laissé en place devienne le siège d'un écoulement continu d'urine et le point de départ d'une fistule permanente, mais encore la portion restante du rein est susceptible de s'hypertrophier; elle peut devenir le siège d'une néoformation de glomérules. La suppléance fonctionnelle de la portion incisée par la portion laissée en place est d'antant plus facile à s'établir que la quantité de parenchyme rénal dépasse notablement, dans les circonstances physiologiques, celle qui est nécessaire pour suffire aux besoins de l'épuration du sang. D'après les évaluations de M. Tufier, il faut 1 gramme à 1 gr. 1/2 de parenchyme rénal sécréteur, par kilogramme de poids corporel, ce qui fait de 80 à 100 grammes pour un homme du poids moyen de 70 kilogrammes, c'est-à-dire trois à quatre fois moins qu'il n'en existe réellement.

Voilà qui justifie *a priori* les tentatives d'extirpation partielle des reins, s'appliquant au cas où une intervention opératoire est réclamée par une lésion (abcès peu volumineux, tumeur circonscrite, blessure) qui n'intéresse qu'une portion limitée de l'une des glandes rénales. Deux tentatives de ce genre ont été faites jusqu'ici; la première, par Czerny, a été communiquée à la dernière réunion des naturalistes et médecins allemands, qui s'est tenue à Heidelberg (1889). Une relation concise de ce fait a paru dans ce journal (*Gazette médicale de Paris*, 1889, n° 45, p. 534).

La seconde tentative du même genre est celle que relate M. Kümmell. Elle concerne une femme de 41 ans, qui, bien portante jusqu'au commencement de l'année dernière, ressentit à cette époque, des douleurs dans le ventre et dans les lombes. La miction s'est toujours effectuée d'une façon normale. Puis la malade a maigri, son appétit a diminué, son état général a pâti. Elle alla consulter un médecin, qui découvrit une tumeur abdominale du volume du poing, cachée derrière le rebord des fausses côtes droites.

M. Kümmel, à qui la malade fut adressée, ne put se renseigner d'une façon certaine sur le siège exact de la tumeur, même par un examen pratiqué avec le concours de l'anesthésie chloroformique. Mais l'urine, de composition normale par moments, était albumineuse par autres intervalles, et il n'y avait aucun signe de catarrhe de la vessie.

Le rein droit fut mis à nu, à travers une incision parallèle au rebord des fausses côtes. Le tiers supérieur de la glande était envahi par une tumeur, au niveau de laquelle on percevait une fluctuation très nette. Après destruction des adhérences, le rein, très volumineux, fut attiré au dehors, la partie fluctuante fut incisée. Après évacuation d'une grande quantité de pus, le doigt, introduit par l'incision, tomba sur un calcul du volume d'une noix, qu'on réussit à extraire sans grande difficulté. Il fallut ouvrir plusieurs autres petits abcès qui faisaient saillie dans le bassinet. On se trouvait ainsi en présence d'un abcès dont on excisa les parois constituées par du parenchyme rénal, en se servant des ciseaux, de la cuiller et des pinces. Puis l'excavation fut en partie fermée au moyen de points de sutures et fixée à la plaie superficielle. Un tiers environ du parenchyme rénal avait été enlevé.

La plaie a été tamponnée avec de la gaze iodoformée. Aucun incident fâcheux n'est venu troubler le travail de cicatrisation. Pas une goutte d'urine ne s'est écoulée par la plaie, qui, pendant quelque temps, a livré issue à de petites concrétions calculeuses. La femme s'est rétablie. Elle a augmenté de 20 livres, depuis l'opération.

Chez une autre femme, âgée de 58 ans, M. Kümmel a excisé la partie supérieure du rein droit. Le parenchyme rénal était tellement mou et friable, qu'il fut impossible de réunir les bords de la plaie par des points de suture. Il a fallu, pour tarir la légère hémorrhagie qui s'est faite à sa surface, tamponner avec de la gaze iodoformée. Durant les premiers jours, l'urine, qui s'écoulait par les voies naturelles, était teintée de sang, puis elle reprit ses caractères normaux. La femme s'est rétablie très vite. M. Kümmel se propose de publier prochainement une relation détaillée de ce fait.

III. — La tuberculose des vésicules séminales s'observe à titre d'affection secondaire, avec une fréquence relativement grande, dans les cas de tuberculose pulmonaire et surtout dans les cas d'épididymite tuberculeuse. La tuberculose primitive des vésicules séminales est rare, mais on se représente peut-être cette rareté plus grande qu'elle n'est réellement, en raison de la facilité avec laquelle cette localisation de la tuberculose passe inaperçue. M. Ullmann, assistant du professeur Albert, de Vienne, vient de publier l'observation suivante, dont l'intérêt est double, car il s'agit d'un cas de tuberculose primitive des vésicules séminales, et d'un cas qui a donné lieu à une intervention opératoire salutaire.

Le sujet de l'observation, un jeune homme de 17 ans, était entré à l'hôpital pour une épididymite tuberculeuse du côté

droit. Au toucher rectal, on constatait que la vésicule séminale, de ce même côté, était considérablement augmentée de volume, du double; celle du côté gauche paraissait être en état normal. A la percussion et à l'auscultation des poumons, on ne percevait aucun signe de lésion pulmonaire. Le sens génital ne s'était pas encore manifesté chez le sujet, qui n'avait ni érections, ni pollutions.

Le 27 juillet, on enleva le testicule malade. L'infiltration tuberculeuse se poursuivait assez loin le long du cordon. En présence de l'extension du processus tuberculeux, on se décida à extirper la vésicule séminale droite, le 27 juillet. Voici la description du manuel opératoire qui a été adopté :

Incision semi-circulaire entre l'anus et le scrotum, avec sa base dirigée en avant; pendant que l'instrument tranchant entamait les parties molles profondes et la cloison périnéale, un aide maintenait un doigt introduit dans l'anus du patient. Section du faisceau du releveur de l'anus, qui part du pubis; la prostate se trouvait ainsi mise à nu. Après avoir arrêté l'hémorrhagie assez abondante, on continua d'isoler le rectum de ses attaches, puis, avec une sonde introduite dans la vessie, on appuya sur la paroi postérieure de cet organe, de manière à faire saillir les canaux déférents et les vésicules séminales. La vésicule de droite, très volumineuse, était caséifiée dans sa partie supérieure, infiltrée dans sa partie inférieure. Cette infiltration se continuait le long du canal déférent. La vésicule de gauche était également augmentée de volume et indurée. On extirpa les deux vésicules, et le canal déférent du côté droit. Le canal déférent du côté gauche fut laissé en place. On enleva, en outre, la portion supérieure de la moitié droite de la prostate, qui était le siège d'un petit abcès du volume d'un pois chiche. Après avoir assuré l'hémostase, on introduisit un drain dans la plaie, qui fut fermée au moyen de sutures en étages. Le soir, une abondante hémorrhagie secondaire obligea de rouvrir la plaie et de tamponner l'excavation avec de la gaze iodoformée. Dans le cours de la cicatrisation, on s'aperçut que de l'urine s'écoulait par la plaie. Cet écoulement se faisait sans doute par le canal éjaculateur, qui avait été simplement sectionné.

Le malade s'est rétabli. De cachectique qu'il était, il a pris une mine florissante. Pour la première fois de sa vie, il a en des érections. La plaie s'est fermée, ne laissant à sa suite qu'une petite fistule. L'urine s'écoule par les voies naturelles.

L'examen histologique des pièces a établi la nature tuberculeuse des lésions.

IV. — Il est peu de difformités plus hideuses que celle que laisse à sa suite l'extirpation de tout le contenu de la cavité orbitaire. L'introduction d'un œil artificiel, qui n'est que très rarement toléré, ne remédie que très faiblement à cet état de choses, contrairement à ce qui a lieu à la suite de la simple énucléation du globe de l'œil.

Or, il est des cas où cette opération radicale s'impose; c'est, par exemple, quand un carcinome de la face a envahi une des paupières et détruit la conjonctive jusqu'aux limites de la cornée, on quand une tumeur maligne du globe de l'œil est en voie de perforer le bulbe, ou quand un sarcome développé dans le tissu conjonctif de l'orbite est déjà trop volumineux pour qu'on puisse l'énucléer sans toucher au globe, on quand la glande lacrymale est envahie par une tumeur volumineuse. Dans une douzaine de cas de ce genre, le professeur Küster, après avoir vidé la cavité orbitaire, a réduit dans des proportions remarquables la difformité consécutive, en adoptant une technique opératoire qu'il décrit dans ces termes :

On élargit un peu la fente palpébrale en dehors, et les paupières sont maintenues fortement écartées. Puis on fait pénétrer, dans le fond du cul-de-sac conjonctival, un bistouri droit, allongé, pas trop étroit, et on lui imprime des mouvements de scie en contournant le globe oculaire. On revient ainsi au point de départ, en rasant le rebord osseux de l'orbite et en suivant autant que possible le fond de la gouttière conjonctivale. Il se produit une hémorrhagie abondante, mais qui ne l'est point assez pour donner des inquiétudes. Puis on introduit des ciseaux courbes, le long de la face externe du globe oculaire s'il s'agit de l'œil gauche, le long de la face interne, s'il s'agit de l'œil droit, et d'un coup on sectionne le nerf optique. On attire ensuite en avant toute la masse des tissus, sauf à sectionner avec les ciseaux la partie qui est encore adhérente. Une compression de courte durée suffit, en général, pour modérer l'hémorrhagie au point de permettre la recherche de l'artère ophtalmique, sur laquelle on applique une ligature. Après quoi, on achève de débarrasser la cavité orbitaire des restes de tissu qui y sont adhérents. Quand on réussit de la sorte à maintenir intactes les paupières, on les utilise pour l'occlusion de la cavité de l'orbite. Mais auparavant il faut décoller la conjonctive dans toute son étendue et enlever sur toute sa longueur le rebord ciliaire. Puis on suture les bords libres des paupières, en ne laissant libre qu'un petit recoin, dans lequel on introduit un tampon de gaze iodoformée. Au bout de deux jours on remplace ce tampon par un drain court. Un léger pansement compressif assure la guérison en l'espace d'une quinzaine de jours.

Dans les cas de carcinome, lorsque l'une ou les deux paupières ont été détruites par le néoplasme, il faut procéder différemment. On trace une incision qui contourne la tumeur d'aussi près que possible, et on détache les parties molles jusqu'au rebord de l'orbite. Si l'une des paupières est intacte, la supérieure, par exemple, on décrit une incision le long du rebord palpébral, et on détache la conjonctive d'avant en arrière, de manière à ce qu'elle reste en continuité avec le globe de l'œil et le néoplasme. Puis, quand le rebord de l'orbite a été mis à nu sur tout son périmètre, on procède comme ci-dessus, en utilisant pour suppléer la paupière détruite, un lambeau cutané emprunté à la région temporo-frontale. Ce lambeau doit être taillé de telle sorte que le sourcil ne soit pas attiré de bas en haut, par suite d'une rétraction cicatricielle.

E. RICKLIN.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DES ARTICULATIONS.

QUELQUES VARIÉTÉS RARES D'ENTORSE, par L. DEVILLERS (Thèse de Paris, 1889.)

Une articulation est d'autant plus fréquemment déchirée qu'elle se trouve plus solidement fixée par ses attaches et plus étroitement limitée dans le nombre et l'étendue de ses mouvements. C'est pour de telles raisons que les entorses tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales, s'observant tous les jours, sont devenues classiques, tandis que l'on sait en vérité peu de chose sur les entorses du ligament latéral interne du coude, des ailerons de la rotule, sacro-iliaques et tarso-métatarsiennes dont l'auteur entreprend l'étude.

Une douleur à la partie interne de l'article, un gonflement demi œdémateux consécutif, une ecchymose et quelques mouvements passifs de latéralité de dedans en dehors caractérisent l'entorse du ligament latéral interne du coude. Les ailerons

de la rotule ont été rompus s'il survient au moment de l'accident, dans une moitié droite ou gauche du genou, une douleur excessivement vive, capable d'amener une perte de connaissance; s'il apparaît un gonflement en forme de fer à cheval occupant le prolongement sous-tricipital de la synoviale avec ecchymose dans le cas où la lésion a été produite par cause directe Dans l'entorse sacro-iliaque, la douleur prime tous les autres signes, l'ecchymose, le gonflement, la mobilité anormale pouvant manquer ou être minimes. Elle se manifeste avec son maximum d'acuité au niveau de l'interligne préalablement déterminé en s'aidant de la saillie formée par l'épine iliaque postérieure et supérieure. Dans les chutes de cheval où le pied se trouve pris sous l'animal, on observe plus fréquemment qu'on ne pourrait le croire l'entorse tarso-métatarsienne. La douleur ne rend pas la marche très pénible à la condition que le blessé fasse de petits pas et pose son pied bien à plat.

Les observations rapportées par l'auteur et puisées dans la pratique de M. Delorme nous enseignent que l'entorse présente des modalités et que si, dans certains cas, elle comporte des lésions étendues et complexes, dans d'autres elle ne résulte que de la déchirure d'un des ligaments d'une jointure, de la distension d'un seul des interlignes d'un segment de membre à articulations multiples.

Des mouvements de latéralité de l'articulation du genou, par P. Gallet (Thèse de Paris, 1889.)

Outre ses mouvements de flexion et d'extension, l'articulation du genou possède de légers mouvements de rotation et même de latéralité. Ces derniers, ne s'obtenant normalement que dans des conditions bien définies, sont toujours passifs et fort limités : plus étendus ils révèlent un état pathologique. Nettement observés dans l'extension complète de la jambe à la suite d'une affection locale du genou, ils sont symptomatiques de la déchirure, de la destruction des ligaments ou de lésions cartilagineuses ayant entraîné la diminution du volume des surfaces articulaires. Que si toutefois le genou n'a été antérieurement atteint d'aucune affection, il convient de rapporter la cause de la mobilité latérale à une maladie générale, au rachitisme par exemple, ou à toute autre lésion comme la coxalgie, les fractures du fémur, les ostéites ayant pu entraîner une atrophie tant osseuse que musculaire avec tel état d'infériorité pour les ligaments que ceux-ci n'ont pu lutter avantageusement contre l'action de la pesanteur et des forces extérieures, d'où le relâchement constaté.

Contribution a l'étude des ruptures incomplètes du ligament rotulien, par A. Dumesnil (Thèse de Paris, 1889).

L'auteur publie cinq observations de ruptures incomplètes du ligament rotulien : l'une lui est personnelle et a été prise à Brest dans le service de son maître, M. Guyot, les autres appartiennent à MM. Larrey, Richet et Blacher. Il note que de semblables lésions ont toujours été produites par une cause directe et insiste sur l'importance qu'il y a à en faire le diagnostic pour ne pas laisser se compléter la rupture. Le traitement exige l'emploi des résolutifs, du repos du membre en extension, de la galvanisation pour combattre l'atrophie, de la mobilisation assez précoce et modérée de l'article pour éviter l'ankylose.

De l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne dans l'ankylose de la hanche, par A. Agut (Thèse de Paris. 1889.)

L'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne s'applique à des cals vicieux, à des luxations irréductibles et surtout aux ankyloses osseuses de la hanche qui, par la position irrégulière du membre, gênent ou empêchent la marche. L'âge ordinaire où on la pratique est la jeunesse et la première partie de l'âge mûr, époque du maximum de fréquence de la coxalgie.

Après avoir fait une incision parallèle à l'axe du membre de trois centimètres environ dont le milieu correspond au-dessous du petit trochanter, le chirurgien pratique un peu plus bas que la tubérosité et que l'insertion du psoas iliaque une section transversale de l'os. Il doit se servir d'ostéotomes d'épaisseurs variées, excluant avec soin la scie qui joindrait à l'inconvénient d'exiger une plus large incision des téguments celui de produire une bouillie mêlée de sang, d'os et de moelle favorisant la suppuration. Un drain mis, la plaie antiseptiquement obturée, le membre est placé dans un appareil à fracture de cuisse; c'est au bout de 40 à 50 jours, qu'aidé de béquilles, le blessé pourra s'essayer à la marche.

Cette opération a, entre autres avantages, celui d'être la plus facile et la moins dangereuse, semble-t-il, de toutes celles qui remédient aux ankyloses de la jambe. Elle évite la pseudarthrose que l'on devra cependant rechercher s'il s'agit d'une ankylose double chez la femme, dans le but de faciliter la conception de cette dernière et l'accouchement ultérieur.

L'ostéotomie linéaire sous trochantérienne ne paraît devoir céder le pas à l'ostéoclasie que s'il s'agit d'enfants n'ayant pas encore atteint leur 8e ou leur 10e année, c'est-à-dire de sujets dont les os peuvent être brisés par l'emploi d'une force assez modérée.

L'auteur a pris soin de rapporter des observations concluantes en faveur du procédé opératoire qu'il préconise.

## BULLETIN

Traitement local de l'endométrite. — Sensibilité des animaux vaccinés aux produits solubles. — L'atrophie hystérique. — Des hémorrhagies consécutives a l'amygdalotomie.

L'endométrite domine en ce moment la pathologie de la femme et semble être le terrain sur lequel médecins et chirurgiens se rencontrent et combattent. Il n'y a pas longtemps que les premiers jouissaient paisiblement de ce terrain; depuis quelques années, ils sont menacés par les seconds d'en être complètement dépossédés : on ne saurait les blâmer de se défendre. Hâtons-nous d'ajouter que, dans cette lutte, qui ne ressemble en rien à celle des frères ennemis, l'intérêt des malades est toujours le seul mobile des deux camps adverses.

Les termes du débat ne sauraient être plus précis; deux modes de traitement de l'endométrite sont en présence : l'un, défendu par les médecins, la cautérisation intra-utérine au moyen des crayons de chlorure de zinc; l'autre, adopté par la généralité des chirurgiens, le curettage. Et comme la tendance à la transformation chirurgicale de la gynécologie s'accentue de plus en plus, la plupart des spécialistes, c'est-à-dire des gynécologues, suivent le mouvement, quand même ils ne le précèdent pas, et s'enrôlent dans les rangs des chirurgiens. Les médecins ont donc beaucoup à faire, mais ils ne désertent pas. M. Dumontpallier est venu mardi dernier, à l'Académie de médecine, rompre une nouvelle lance en faveur de la cautérisation intra-utérine par les crayons de chlorure de zinc.

Le Journal des Sociétés scientifiques a donné l'analyse de cette intéressante communication. Notre confrère, après avoir rappelé et précisé le mode de préparation des crayons de chlorure de zinc, montre les effets de leur introduction dans la

cavité utérine en s'appuyant sur l'examen histologique de l'eschare produite, et sur les résultats cliniques observés. Il répond, chemin faisant, à toutes les objections qu'on a adressées à la méthode et prend à son tour l'offensive à l'égard du curettage qui, suivant lui, ne saurait donner des succès ni aussi certains, ni aussi constants.

La question ainsi débattue offre un intérêt pratique considérable. L'endométrite chronique est, en effet, une affection des plus fréquentes, on peut dire des plus banales. Plus le traitement en sera simple, facile, à la portée de la généralité des praticiens, plus grand sera le nombre des femmes qui seront arrachées à la vie de souffrances et de misère à laquelle elles sont condamnées. Or, sous ce rapport, le traitement par la cautérisation intra-utérine présente un sérieux avantage sur le curettage, qui constitue une véritable opération chirurgicale et dont, pour ce motif même, nombre de praticiens n'oseront assumer la responsabilité. A Paris et dans les grands centres de population où les chirurgiens abondent, cette considération a peu d'importance; elle en acquiert beaucoup dans la pratique des petites villes et de la campagne et mérite de fixer l'attention.

Il nous semble que dans ce débat, comme du reste dans beaucoup d'autres, on a fréquemment pris position d'une façon un peu préconçue, sans étudier comparativement au préalable, et avec une parfaite impartialité, les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Notre excellent confrère et collaborateur, M. Polaillon, est l'un des rares chirurgiens qui aient fait, dans de telles conditions, cette étude comparative, et il est partisan des cautérisations intra-utérines par les crayons de perchlorure de fer.

Est-ce à-dire qu'il faille exclure tout autre mode de traitement de l'endométrite? M. Polaillon a trop d'expérience pratique pour être exclusif. La diversité des cas ne saurait s'allier, en effet, avec une unification absolue des moyens thérapeutiques. Quand même la cautérisation intra-utérine serait adoptée comme méthode de choix par tous les gynécologues, il resterait des cas où le curettage serait mieux indiqué. Enfin, entre l'emploi des crayons de chlorure de zinc auxquels on reproche parfois une trop grande énergie, une sorte de brutalité d'action, et le curettage qui exige des connaissances et des aptitudes chirurgicales, n'y a-t-il plus de place pour une thérapeutique, peut-être plus lente, mais plus douce, pour les modificateurs de la muqueuse utérine anciennement usités? Si les succès autrefois étaient plus rares que de nos jours, on en obtenait cependant par les méthodes qu'on délaisse aujourd'hui. Il y a lieu, croyons-nous, et c'est là notre conclusion, de se tenir non moins en garde contre l'esprit d'innovation que contre l'esprit de système, et de chercher avant tout à dégager et à bien préciser d'une manière générale, comme pour chaque particulier, les indications thérapeutiques.

— M. Charrin a communiqué à la Société de Biologie des expériences qui apportent de nouvelles données relativement aux résultats des vaccinations contre les maladies microbiennes. On sait que les produits solubles d'un microbe, injectés à un animal, confèrent à cet animal l'immunité contre l'action ultérieure de ce même microbe. Or, d'après les recherches de M. Charrin, cette immunité n'existe pas quand, au lieu des cultures du microbe lui-même, on injecte, à doses promptement toxiques, les substances chimiques qu'il a fabriquées. Si, au lieu d'employer d'emblée de fortes doses de ces substances, on en injectait de faibles à l'animal, n'obtiendrait-on pas l'accoutumance et par suite l'immunité, aussi bien contre les produits solubles que contre le microbe vivant? C'est ce que semble penser M. Duclaux, et ce qui fait l'objet de nouvelles recherches de la part de M. Charrin.

— Le domaine de l'hystérie s'étend de plus en plus. Maintenant que l'on sait qu'elle peut revêtir le masque d'une foule d'états pathologiques qu'on rattachait auparavant à une origine organique, on se tient sur ses gardes, et un examen minutieux fait découvrir quelques-unes de ses manifestations, là où naguère on ne pouvait les soupçonner. Ainsi en est-il de certaines atrophies musculaires, dont MM. Ballet et Raymond ont rapporté quelques exemples à la Société médicale des Hôpitaux. De tels faits ne sauraient être trop répandus, car les erreurs de diagnostic auxquelles ils donnent lieu doivent être actuellement encore très fréquentes.

— Nous relèverons aussi, en terminant, un fait de pratique courante, qui ne manque pas d'intérêt: il s'agit des *hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie*. Cette petite opération n'est pas aussi inoffensive qu'on peut le croire au premier abord; les trois cas d'hémorrhagie rapportés à la Société de chirurgie par M. Lucas-Championnière sont propres à rendre sur ce point les médecins circonspects. Aussi, la pratique de M. Quénu, qui a renoncé à l'amygdalotomie pour la cautérisation des amygdales au moyen du galvano-cautère, trouvera sans doute de nombreux adhérents.

Dr F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

Congrès de Berlin. — Le ministre de la guerre vient de désigner quatre médecins militaires pour participer aux travaux du Congrès international de médecine de Berlin.

La coqueluche a Paris. — Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a discuté, dans sa dernière séance, les conclusions du rapport de M. Ollivier sur la coqueluche à Paris.

M. Ollivier a rappelé combien la coqueluche était répandue à Paris. Ainsi, en 1889, elle y a fait 520 victimes:

| | |
|---|---|
| De 0 à 1 mois | 13 |
| De 1 mois à 1 an | 207 |
| De 1 an à 2 ans | 142 |
| De 2 ans à 5 ans | 142 |
| De 5 ans à 10 ans | 16 |
| | 520 |

Le conseil a voté les conclusions suivantes:

La coqueluche est très grave pour les enfants de deux ans ou affaiblis par n'importe quelle cause.

La maladie est contagieuse.

Lorsqu'un cas se montre dans une famille, il est indispensable d'isoler le malade; cet isolement sera continué quinze jours au moins après la disparition des quintes convulsives, et mieux jusqu'à la disparition complète de la toux.

Il convient d'isoler les enfants atteints de coqueluche. Cet isolement s'impose pour les hôpitaux d'enfants.

Les médecins de Rodez. — Les médecins de Rodez, que la Cour de cassation avait renvoyés devant le tribunal correctionnel de Millau, viennent d'être condamnés à six francs d'amende par ce tribunal.

On se rappelle que le tribunal de simple police de Rodez les avait condamnés à la même peine, pour refus d'obtempérer à la réquisition du parquet pour autopsie; ils firent

appel, et le tribunal correctionnel de Rodez, jugeant en appel, infirma la sentence du juge de paix.

Après cassation, le dernier mot est resté à la magistrature. C'était prévu. L'initiative de nos confrères de l'Aveyron, n'en n'aura pas moins porté ses fruits.

Association des Médecins de la Seine. — Cette Association a tenu, dimanche dernier, sa 57e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55,897 francs dont 17,682 fournis par les cotisations, 3,765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-sept veuves ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou des départements. De plus, deux pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 francs. Une somme de 10,200 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : *président*, M. Brouardel; *vice-présidents*, MM. Blanche et Guyon.

Inauguration de la policlinique de Paris. — Dimanche dernier a eu lieu, sous la présidence de M. Jacques, député de la Seine, l'inauguration de la policlinique de Paris, dont nous avons annoncé, dans un précédent numéro, la création récente, 28, rue Mazarine. Une assistance relativement nombreuse, parmi laquelle des dames en forte minorité, remplissait la petite salle destinée à la cérémonie. La présence de MM. Pétrot et Strauss, conseillers municipaux, Defert, maire du VIe arrondissement, temoignait de l'intérêt que la municipalité porte déjà à l'institution nouvelle. Après une allocution de M. Jacques, qui a accentué cette sympathie de la part de l'Administration, MM. les docteurs Butet, Natier et Arthaud, initiateurs et organisateurs de la *Policlinique de Paris*, en ont fait successivement connaître le but, l'organisation, les tendances, les moyens d'action.

L'institution nouvelle a pour but et pour objet de donner gratuitement aux malades indigents les soins médicaux et les médicaments; en second lieu, de fournir aux étudiants en médecine qui voudront bien s'associer à cette œuvre philanthropique et scientifique, une instruction pratique complète. Les malades indigents en traitement qui ne pourront se rendre à la consultation recevront des soins médicaux à domicile. A cet effet, les chefs de service de la policlinique se sont assuré ou s'assureront le concours de médecins de la ville qui, à titre d'assistants, et avec l'aide des élèves en médecine attachés à la policlinique, visiteront les malades à domicile.

Les services de l'établissement sont provisoirement organisés de la manière suivante :

*Médecine générale* : Dr Bouisson, ancien interne des hôpitaux.

*Maladies nerveuses* : Dr Arthand, chef des travaux de physiologie générale au Muséum.

*Maladies des enfants* : Dr Gillet, ancien interne des hôpitaux.

*Maladies de la peau et syphilis* : Dr Butte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

*Maladies des femmes, grossesse, accouchements* : Dr Olivier, ancien interne de la Maternité.

*Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : Dr Natier, ancien chef de clinique laryngologique.

*Maladies des yeux* : Dr Bacchi : ancien chef de clinique de la Faculté.

*Maladies de la bouche et des dents* : Dr Chabry, ancien directeur adjoint du laboratoire de Concarneau.

*Tuberculose* : Dr Arthaud.

Il existe en principe d'autres sections qui n'ont pas encore de titulaire.

Une pharmacie et un laboratoire d'analyses chimiques et de recherches microscopiques sont annexés aux salles de consultations.

L'Association, outre les *membres actifs*, comprend des *membres associés*, pris parmi les bienfaiteurs de l'œuvre. Des dames, choisies parmi les bienfaitrices, seront chargées de porter au domicile des malades inscrits les secours en nature que les ressources de l'Association permettront de distribuer.

On voit, par ce court exposé, que la *Policlinique de Paris*, qui a pris pour modèle celle de Vienne, poursuit un triple but philanthropique, scientifique et didactique. Les jeunes confrères qui viennent de la fonder sont pleins d'ardeur et, ce qui ne nuit pas en pareil cas, pleins de confiance dans le succès de leurs efforts. Les sympathies ne leur font pas défaut à leur début. Attendons maintenant de les voir à l'œuvre.

Nous devons ajouter, sans vouloir amoindrir en rien le mérite de l'initiative de nos confrères, que l'idée de créer une policlinique à Paris n'est pas nouvelle, que nous l'avons entendu émettre et discuter au sein de la Société médicale des bureaux de bienfaisance où elle avait trouvé, en notre ami, le Dr Passant, un défenseur convaincu, et en notre excellent confrère, le Dr Berrut, un véritable apôtre. Enfin, il n'est peut-être pas inutile de dire que, prenant la parole après les organisateurs de la policlinique, M. Strauss a déclaré que le Conseil municipal de Paris, dans la nouvelle organisation à l'étude de l'assistance à domicile, se préoccupait de réaliser administrativement ce que l'initiative privée tente actuellement de créer.

## CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en Chef et honoré Confrère,

Le Dr V. Audhoui, médecin de l'hôpital de la Pitié, et des *Eaux* (sic) de Vichy, vient de répandre un *nouveau Guide annuaire*, où, sous le titre : *La saison médicinale à Vichy*, se rencontre le passage suivant :

« La saison thermale militaire dure cinq mois, du 1er mai au « 1er octobre. La saison civile, plus courte, s'étend du 15 mai au « 15 septembre. Mais, en réalité, il n'y a que *trois mois de saison* « *propice*, juin, juillet et août. »

Il est difficile de comprendre comment un médecin qui pratique à Vichy, depuis plusieurs années, et devrait être au courant de tout ce qui concerne cette station, a pu formuler une semblable indication de ce qu'il appelle la *saison propice*.

Les grandes chaleurs, qui règnent communément à Vichy, comme partout ailleurs en Europe, pendant les mois de juillet et août, sont une condition des moins favorables au traitement thermal, alors surtout qu'il s'agit en grande majorité des affections abdominales.

Déjà, en 1878, le Dr Desbrest écrivait : « C'est pendant les mois « d'avril, mai et juin, septembre et octobre, qu'on doit faire usage « intérieurement des eaux de Vichy; cependant, par un abus aussi « dangereux qu'inconcevable, les malades ne se rendent à ces « eaux que vers la fin du mois de juin, et ils les commencent,

« précisément dans le temps qu'ils devraient en discontinuer « l'usage... » (Traité des Eaux minérales de Chateldon, et de celles de Vichy et d'Hauterive.)

Les raisons qui, malgré les avis si souvent répétés de tous ceux qui ont écrit sur le traitement thermal de Vichy, font affluer le public dans cette station en plein été, sont d'ordre extra-médical.

On ne pouvait laisser passer, sans rectification, un renseignement propre à induire en erreur ceux de nos confrères qui ont à adresser des malades à Vichy. Pour n'être pas les plus mondaines, les époques qui touchent au commencement ou à la fin de la saison assignée à l'hôpital thermal militaire, sont, en réalité, les plus favorables au traitement par les Eaux de Vichy.

Veuillez agréer Monsieur le Rédacteur en Chef, et honoré confrère, l'expression de mes sentiments d'estime et de confraternité.

D[r] MAX DURAND-FARDEL,
membre de l'Académie de médecine.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés préparateurs, us qu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890 : MM. Colin (thérapeutique) et Trècle (médecine légale) emplois nouveaux.

M. Louviot est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, aide de physiologie.

***

*Ecole de médecine de Rouen.* — M. Ponchin, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

*Ecole de médecine de Toulouse.* — M. A.-M. Suis, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Chauvin, docteur ès sciences, est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physique et de chimie (emploi nouveau).

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 4 AU 10 MAI 1890.

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 3. — Rougeole, 30 — Scarlatine 5. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 32 — Tumeurs cancéreuses, 53. — Autres, 9. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 33 — Bronchite chronique, 41. — Broncho-pneumonie, 30. — Pnenmonie, 52. — Gastro entérite des enfants : Sein, 18. — Biberon 58. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritooite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 18 — Sénilité, 31. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 21. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 14 — Total : 1076.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

## HYDROLOGIE

DES

EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontre d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium, et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécretion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, ue les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**

**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## GYNÉCOLOGIE

### DES CORPS FIBREUX COMPLIQUÉS DE GROSSESSE.

Par S. POZZI,

Agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

On sait que la grossesse a pour effet de donner une impulsion très vive au développement des fibromes, et d'amener souvent leur ramollissement œdémateux. Ce phénomène est d'autant plus sensible que les connexions du corps fibreux avec l'utérus sont plus intimes ; il atteint son maximum dans les cas de corps fibreux interstitiel, unique ou multiple, avec énorme épaississement du tissu utérin, comme dans ces cas qui ont été parfois improprement décrits sous le nom d'*hypertrophie de la matrice*. Cette brusque augmentaton de volume du corps fibreux exagère les phénomènes de compression auxquels il pouvait déjà donner lieu et les douleurs résultant de la pression sur le plexus sacré peuvent devenir intolérables (1). Il peut se faire qu'une rétroflexion de l'utérus gravide et myomateux amène des symptômes d'étranglement interne (2). Si le corps fibreux est *pelvien*, c'est-à-dire développé au-dessous du détroit supérieur, ayant pris naissance dans la portion sus-vaginale du col ou inférieure du corps, les accidents compressifs sont rapides et redoutables (3) : ils peuvent porter sur la vessie, sur les uretères, sur le rectum, sur les nerfs, sur les vaisseaux. On a même noté la péritonite (4).

Mais l'accident le plus commun, et non le moins grave, en pareil cas, c'est l'avortement. Le retrait de la matrice étant gêné, le danger immédiat d'hémorrhagie est grand. Lefour (5), sur 307 faits, a relevé 39 avortements et 14 fois la mort de la mère. Nauss (6), sur 241 cas, a noté 47 avortements.

Le traitement tire ses indications de la nature des accidents et du siège de la tumeur. A-t-on affaire à un *corps fibreux, (pédiculé ou sessile) sous-séreux* du fond de l'utérus, on peut espérer qu'il ne gênera en rien la parturition, et s'il y a quelque danger d'inflammation ou de transformation kystique de la tumeur, il y a aussi quelque espoir de la voir disparaître parallèlement à l'involution post-puerpérale. On pourra donc s'en tenir à l'*expectation*. Celle-ci paraît plus périlleuse dans les cas de fibromes pelviens. Toutefois, s'ils ne donnent pas lieu à des phénomènes de compression sérieux, on peut attendre, espérant, comme cela s'est vu, qu'au moment de l'ac-

(1) Lefour (Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse Paris 1880), cite quatre observations de ce genre dues au professeur Tarnier.

(2) Lorimer. Edinburgh monthly Journal, juillet 1866.

(3) Depaul. Union médicale, 1857, p. 548.

(4) Worship. Obstetr. Transact., London XIV, p. 305.

(5) Lefour. Loc. cit.

(6) Nauss. Dissert. inaug., Halle, 1882.

---

## FEUILLETON

### L'HOSPITALISATION DES ENFANTS A LONDRES ET LES HOPITAUX DISPENSAIRES.

*Suite et fin* (1).

Comme procédé de désinfection, on emploie ou de vastes cuves contenant des solutions étendues d'acide phénique, ou aussi l'étuve sèche. Ce service de désinfection est rigoureusement surveillé par les médecins. Ceux-ci sont au nombre de deux. Le premier médecin résidant, est, en même temps, *superintendant*, c'est-à-dire administrateur; il a un assistant résidant. Nous avons visité, grâce à l'obligeance du médecin résidant quelques-unes des salles, dans lesquelles les enfants sont mêlés avec les adultes du même sexe.

D'après les renseignements fournis par le médecin résidant, cette promiscuité de l'enfance avec l'âge mûr n'aurait pas d'inconvénients. La discipline serait très sévère dans les salles.

En 1888 ont été traités :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Scarlatine...... | 928. | — Mortalité pour cent. | 8.97 |
| Diphthérie..... | 30. | — — — | 50.00 |
| Fièvre typhoïde | 84. | — — — | 15.82 |

Les cas de contagion intérieure, seraient tout à fait exceptionnels.

II

TYPE D'HOPITAL-DISPENSAIRE.

*The Hospital for sick Children.*

Cet hôpital, fondé en 1852, a été le premier hôpital d'enfants ouvert dans la Grande-Bretagne.

L'objet de cette institution a été :

1° Le traitement médical et chirurgical des enfants pauvres.

2° Le progrès et la diffusion des connaissances relatives aux maladies des enfants.

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20.

conchement, on bien ils précéderont la tête fœtale dans sa descente dans la filière pelvienne, on bien ils remonteront audessus dn détroit snpérienr après la rupture des membranes. Enfin, on en a vu s'aplatir ponr ainsi dire au-devant de la tête fœtale. Tontes ces éventnalités ont été observées, et, avec l'aide dn forceps (1) et de la version, ont permis de terminer des acconchements dans des conditions en apparence désespérées. On doit aussi tonjours, en pareil cas, tenter de rédnire la tnmeur, en la refoulant avec la main introdnite en entier dans le vagin (2). Mais sonvent l'accouchement ne se fait qn'après un travail d'une durée si longue que la femme meurt d'épuisement, si elle ne snccombe pas à l'hémorrhagie. L'expectation a donc des limites, qn'on doit franchir d'autant plns facilement que le corps fibrenx est plus accessible et que son extirpation présente, par suite, moins de dangers.

Les *corps fibreux du col* sont dans ce cas. Aussi a-t-on fait souvent leur énucléation, soit avant, soit pendant l'accouchement. Danyau (3) en a enlevé un qni pesait 650 grammes et mesurait 15 centimètres de diamètre. B. Hicks (4) a fait suivre immédiatement l'énucléation d'une application de forceps qui a terminé l'accouchement sans difficultés. J. Farrant Fry (5) a rapporté l'observation curieuse d'une femme ayant eu neuf enfants, chez laqnelle existait nn fibrome de la lèvre antérieure qui, à chaque grossesse, avait compliqué l'accouchement. Au huitième, une portion de la tumenr avait été enlevée par l'écraseur. Au neuvième, on provoqua l'accouchement prématuré, et, immédiatement après l'extraction du fœtus presque à terme et vivant, on énucléa le fibrome dont la base avait trois

(1) Felsenreich a cité un beau succès du forceps à la Société obst. et gyn. de Vienne, séance du 12 mars 1889 (Centr. f. Gyn., 89, p. 620). Il s'agissait d'un très gros corps fibreux bilatéral du fond de l'utérus. L'accouchement fut suivi de la régression partielle de la tumeur. Dans le même travail l'auteur rapporte deux cas heureux d'avortements provoqués au 6e et au 7e mois, suivis de diminution de la tumeur.

(2) Voir Depaul, Blot, Gnéniot, Tarnier. Bull. de la Soc. de chirurgie, 1874. — Porak. Trois cas cas de dystocie par corps fibreux, etc. Répertoire univ. d'obstétr. et de gynécol., juillet 88, p. 294), 1re observation.

(3) Danyau. Bull. de l'Acad. de médecine, 1851.

(4) B. Ricks. Obstetrical Transactions, vol. XII, p. 273.

(5) J. Farrant Fry. Lancet, 8 mars 1884.

pouces de diamètre ; enfin on fit la délivrance. Les snites furent normales.

Mnndé (1) recommande de faire l'énucléation par le vagin tontes les fois que cela est possible. Sur 16 cas, la mère n'a succombé que deux fois, et, la plnpart des enfants sont nés vivants. Un de ces cas lui est personnel.

Même lorsqne l'opération est faite à la fin de la grossesse, celle-ci peut ne pas être interrompne.

Mayo Robson (2) a enlevé au septième mois un corps fibreux dn col ayant le volume d'une noix de coco. L'opération faite au galvanocantère n'en fut pas moins suivie d'hémorrhagie assez abondante, nécessitant plusieurs ligatures. Il n'y ent ancune complication, et l'accouchement se fit à terme.

Les *polypes* peuvent être expulsés au-devant de la tête fœtale et leur pédicule peut alors se rompre. Dubois et Depaul, ainsi que divers autres auteurs, en ont cité des exemples (3). Il est du reste facile de couper ce pédicule pour faciliter l'accouchement (4). Il ne faudrait pas commettre l'erreur faite par Fergusson (5), qui appliqua le forceps sur un gros polype, croyant que c'était la tête fœtale, et vit sa malade succomber à une déchirure de l'utérus.

Si le polype est reconnu avant le travail, on peut l'extirper aussitôt sans que, pour cela, la grossesse soit interrompue. Felsenreich (6) en a récemment publié un exemple : la tumeur était du volume d'un citron.

Les *corps fibreux interstitiels à évolution abdominale* sont beaucoup plus inaccessibles, et les opérations que nécessite leur extraction sont si graves qu'on peut hésiter à les entreprendre et se demander si l'*avortement provoqué* n'est pas favorable. Le tempérament du chirurgien, ses habitudes et aptitudes opératoires, entreront sûrement pour beaucoup dans la façon dont il résoudra ce problème. Il ne faut pas qu'il se dissimule que l'avortement provoqué ou l'*accouchement préma-*

(1) Mundé. American journal of Obstetrics, mars 1888, p. 306.

(2) Mayo Robson. Brit. med jonrnal. 9 nov. 1889.

(3) Demarquay et Saint-Vel. Maladies de l'utérus.

(4) J. Bell. Edinburgh med. Journal, 1820, p. 365.

(5) Fergusson cité par R. Lambert. Des grossesses compliquées de myomes utérins. Th. de Paris 1870, p. 119).

(6) Felsenreich. Abtragung einen citronengrossen Uteruspolypen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft (Wien. med. Wochenschr., 1887, n° 52.

---

3° La formation des *nurse* (gardes-malades pour enfants.)

Cet hôpital contient 126 lits, 64 de médecine, 42 de chirurgie et 20 réservés aux maladies contagieuses.

En plus il y a 52 lits de convalescents à Higate.

Le nombre annuel des malades hospitalisés excède 1000. Le nombre des *nouveaux* malades se présentant à la consultation externe est d'environ 15.000 par an.

Le personnel médical est très nombreux : 3 médecins et 2 chirurgiens pour les malades hospitalisés ; 4 assistants-médecins, et 2 assistants-chirurgiens pour les malades du dispensaire. En outre 1 dentiste et 1 oculiste sont attachés au dispensaire.

C'est dans cet hôpital très bien aménagé, que l'enseignement spécial des maladies des enfants est fait aux étudiants, moyennant un paiement de dix guinées pour le semestre d'été.

En mai, on enseigne l'anatomie pathologique médicale (Dr Money) et chirurgicale (Dr Pitts), les maladies des yeux chez les enfants, etc.

En juin, on enseigne les maladies du cerveau (Dr Lublack). Le traitement des otites, l'empyème et les difformités (Dr Lane.,

En juillet, le Dr Abercrombie traite les différentes parties de la pathologie infantile.

Ce programme est celui d'un semestre d'été. Pour l'enseignement comme pour la médecine pratique proprement dite, il y a toujours un personnel nombreux et la division du travail est poussée très loin.

Autre type d'hôpital dispensaire pour enfants.

*The Victoria Hospital for Children.*

Cet hôpital fondé en 1866 sous le patronage de la princesse Louise, marquise de Lorne, est soutenu par des dons volontaires. C'est un des hôpitaux d'enfants les plus confortablement installés à Londres. Il est situé dans un beau bâtiment indépendant ; on n'y compte pas plus de 60 lits.

Les enfants atteints de maladies infectieuses ne sont pas admis, à l'exception des diphthériques et des coqueluchenx isolés au premier étage. Les salles sont mixtes pour la médecine et la chirurgie, et pour les deux sexes.

Un grand dispensaire est annexé à l'hôpital. Le corps médical se

*turé* présentent aussi des dangers sérieux. Lorsque le placenta s'insère dans la région de la tumeur, la rétraction du tissu utérin ne pouvant se faire après la délivrance, une hémorrhagie formidable peut survenir; la malade est aussi beaucoup plus exposée à la septicémie puerpérale. Lefour, sur une série de 23 accouchements provoqués, note 3 morts. Tarnier (1), sur 7 cas où le travail a été normal, a vu la mère mourir 1 fois, l'enfant 3 fois. Sur 6 cas terminés par le forceps, 4 mères et 4 enfants moururent. Sur 6 versions, 3 femmes et 3 enfants succombèrent. Enfin, 5 femmes atteintes de fibromes moururent avant l'accouchement; 1 fois l'avortement provoqué fut suivi de succès; 1 fois l'embryotomie amena la mort de la femme. Süsserott (2), sur 147 cas de grossesse compliquée de fibrome, qu'il a rassemblés, indique 20 application du forceps, ayant eu pour résultat 8 fois la mort de la mère et 13 fois celle de l'enfant. 20 versions; 12 mères et 17 enfants succombèrent; 21 extractions artificielles du placenta : 13 fois la femme mourut. En somme, 78 femmes succombèrent, soit 53 0/0. La mortalité des enfants est de 30 0/0.

De plus, comme le plus souvent on provoque l'expulsion d'un fœtus non viable, il y a là une considération qui doit entrer en ligne de compte. Enfin, l'avortement ne dégage que très peu les organes comprimés, et si l'on est ensuite obligé d'avoir recours à l'hystérotomie, on se trouve avoir exposé deux fois au lieu d'une la vie de la malade. Telles sont les raisons pour lesquelles beaucoup de chirurgiens se décident en faveur de l'intervention précoce. L'*amputation supra-vaginale* est évidemment préférable à l'*opération césarienne* que Cazin (3) fit avec succès au septième mois de la grossesse. Cet auteur a en outre rassemblé 28 cas d'opération césarienne nécessitée par des corps fibreux de l'utérus : 4 femmes seulement survécurent, 15 enfants naquirent vivants, 8 furent extraits morts; on n'a pas de renseignements sur les 5 autres. Sänger (4) a plus récemment encore réuni une série de 43 cas d'opération césarienne pour fibromes; 7 femmes seulement furent sauvées, soit une mortalité de 83,7 0/0. Tuffier (5) a publié un cas malheureux.

(1) Tarnier. Gaz. des hôp., 1869, p. 175.
(2) Süsserott. Dissert. inaug., Rostock, 1870.
(3) Cazin. Archives de tocologie, vol. I, p. 704 et vol. 3, p. 321.
(4) Sänger. Festschrift zur Jubiläum Credé's. Leipzig, 1881.
(5) Tuffier. Annales de gynécol., nov. 89. Il s'agissait d'un corps fibreux intra-ligamentaire comprimant l'uretère et ayant causé de la pyélo-néphrite qu'on découvrit à l'autopsie.
(6) Voir l'exposé complet de cette question dans Vogel, Ueber supra-vaginale Amput. des schwangeren Uterus wegen Myom. Dissert. inaug. Giessen, 87. — L'auteur établit les droits de priorité de Kaltenbach. On consultera encore avec fruit le travail de Meyer (Zurich), die Uterusfibroïde in der Schwangerschaft unter der Geburt und in Wochenbett. Il a été assez longuement analysé dans le Centr. f. Gyn., 88, p. 713.

On pourra tenter une opération partielle (*myomotomie*), compatible avec la continuation de la grossesse, si le fibrome est pédiculé ou si, étant sessile, il siège franchement sur le milieu du fond de la matrice. Pour peu qu'on fût obligé d'entamer le tissu utérin dans le voisinage des cornes, on s'exposerait à des hémorrhagies considérables et on entraînerait l'avortement dans de déplorables conditions. Il faut, du reste, noter que l'amputation supra-vaginale (*opération de Porro*) est ici très facilitée par la laxité des ligaments qu'entraîne la gravidité (6).

Voici un tableau résumant les résultats publiés :

I. *Myomectomie simple : l'utérus est respecté.*

Péan. 15 décembre 1874. *Clin. chir.*, vol. I, p. 679. 5 mois. Tumeur fibro-kystique. Guérison. Avortement le lendemain de l'opération.

Thornton. (*Obstetr. Trans.* 4 juin 1879) 7 mois. Tumeur pédiculée. Mort le septième jour.

Hegar. Janvier 1880. (*Operative Gynæk.*, 3e édit., p. 475) 3 mois. Tumeur pédiculée ramollie. Péritonite. Mort le troisième jour.

Schröder. 16 novembre 1879. (Cité par Hegar, *loc. cit.*) 16 semaines. Tumeurs pédiculées multiples. Guérison. Accouchement normal.

Studgaard. 19 décembre 1882. (Cité par Hegar, *loc. cit.*) 3 mois 1/2 Tumeur pédiculée. Guérison. Grossesse non troublée.

Martin. (*Berl. kl. Woch.* 1885, n° 3) 6 mois. Myomectomie avec excision cunéiforme du fond de l'utérus seulement. Mort le septième jour d'hémorrhagie, suite de l'avortement.

Landau. (*Berl. kl. Woch.* 1885, n° 13). Myôme de la grosseur d'une tête d'enfant à droite, de la grosseur d'un œuf à gauche. Guérison. Accouchement normal.

Routier. (*Bull. Soc. Chir.* novembre 1889) 3 mois. Myôme sous-séreux à large base. Guérison.

Ogden. (*Canadian practitionner*, avril 1885, cité par Vander Veer.

---

compose d'un médecin consultant; de deux chirurgiens consultants.

Deux médecins et deux chirurgiens traitent les enfants hospitalisés.

Quatre médecins sont affectés au service du dispensaire, plus un oculiste, un dentiste et un médecin résidant.

Le nombre des enfants hospitalisés a été de 696 pour l'année 1888. Celui des malades traités à la consultation a été de 41.031. La notice de l'hôpital contient, outre le rapport des souscriptions annuelles et le budget : une statistique très soigneusement faite de la totalité des cas hospitalisés pendant l'année. Du reste, ce rapport statistique détaillé est de règle dans les notices publiées tous les ans, par les hôpitaux d'enfants à Londres.

TYPE D'HOPITAL SPÉCIAL POUR ENFANTS AVEC DISPENSAIRE.
*The Evelina Hospital for sick Children.*

Cet hôpital, l'un des types les plus remarquables des petits hôpitaux d'enfants disséminés dans Londres, a été fondé en 1869 par le baron Ferdinand de Rothchild, il est *entretenu par des souscriptions particulières et soutenu par des dons volontaires*. Les salles contiennent environ 40 lits. Les malades des deux sexes sont mêlés. Ceux qui sont atteints d'affections médicales sont placés dans une rangée; les cas chirurgicaux sont rangés du côté des fenêtres.

Les salles sont d'une extrême propreté. Les parquets sont lavés les murs sont décorés de lithographies; au milieu des salles, un piano, des plantes vertes, etc.

Un bâtiment tout à fait isolé est réservé aux malades atteints de la coqueluche et aux diphthériques.

Une pièce est destinée aux malades suspects, chez lesquels le diagnostic est encore resté incertain.

Il existe dans cet hôpital une école de nourrices qui sortent avec des diplômes.

Les autopsies ne sont faites que du consentement des familles.

Outre deux médecins et deux chirurgiens consultants, on compte :

Deux médecins et deux chirurgiens pour les malades hospitalisés.

Deux médecins et deux chirurgiens pour le dispensaire.

Un oculiste, un dentiste.

Dans le courant de l'année 1888, d'après le rapport médical

*Amer. Journ. of Obstetrics*. 1889, vol. XXII, p. 1138). Non indiqué. Môyme interstitiel enlevé par énncléation. Grossesse non diagnostiquée. Guérison. Avortement douze jours plus tard.

Barnes. 1885 (cité par Rontier *Annales de gynéc.*, mars 1890). 3 mois. Myômes pédiculés. Mort.

Martin. (*Berlin klin. Wochenschr.*, 1886, n° 29) 3 mois. Grosse tumeur implantée par un pédicule large comme la main. Guérison. Accouchement à terme.

Martin. (*Ibid*). 4 mois. Grosse tumeur sur la face antérieure. Autre petite tumeur. Avortement le lendemain. Guérison.

Martin. (*Ibid*). 3 mois 1/2. Tumeur du fond de l'utérus pédiculée large comme la moin. Guérison. Accouchement à terme.

Frommel. (*Münch. med. Woch.* 1882, n° 52) 5 mois. Fibrome mou gros comme une tête de fœtus : signes de péritonite. Guérison. La grossesse continue.

Gordon. (*Boston méd. Journ.* 17 octobre 1889) 3 mois. Fibrome. Guérison. La grossesse continue.

Homann. (*Boston Society for med. improv.* In *Bulletin médical* 30 décembre 1889.) 3 mois. Fibrome du poids de 15 livres. Avortement, 10 jours après guérison.

II. *Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide.*

Kaltenbach. 2 mars 1890. (Cité par Hegar. *Operative Gynæk.*, 3e édit., p. 475.) 5 mois. Myôme interstitiel du fond de l'utérus, poids 3500 grammes. Guérison.

Wasseige. 18 mars 1880. (*Ibid.*) 5 mois. Myôme interstitiel du fond de l'utérus, poids 4500 grammes. Mort le sixième jour.

Nieberding. 10 février 1882. (*Ibid.*) 4 mois. Mort en 49 heures.

Schröder. 10 janvier 1883. (*Ibid.*) 3 mois. Guérison.

Schröder. 29 juin 1884. (*Ibid.*) 3 mois. Myôme interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte. Guérison.

Walter. (*British medic. Assoc. Liverpool*, 1883), 4 mois. Tumeur colossale. Mort le neuvième jour.

Etheridge. (*Amer. journ. of Obst.* vol. XX, p. 69) 3 mois (on avait essayé en vain de provoquer l'avortement). Tumeur fibro-kystique. Mort de péritonite le onzième jour.

Karström. (*Hygiea*, avril 1887. Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887 n° 34.) 5 mois. Fibrome intra-ligamentaire (pédicule perdu et drainage). Guérison.

Freund. (Observ. inédite communiquée à Vander Veer, *loc. cit.*). 8 mois. Corps fibreux masquant une grossesse. Guérison.

G. Granville-Bantock. (*Brit. Gynecol. Journ.*, vol. II, p. 63) 3 mois. Corps fibreux masquant une grossesse. Guérison.

Hofmeier. (*Die Myomotomie*, p. 76). 3 mois. Corps fibreux, avec soupçon de grossesse. Guérison.

Dirner. (*Centralbl. für Gyn.*, 1887, p. 119) 2 mois. Corps fibreux, fœtus mort et macéré. Guérison.

Kaltenbach. *Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 435. 2 mois, Corps fibreux en voie de désintégration, fœtus macéré. Guérison.

Alex. Patterson. (*Glascow. med. Journ.*, avril 1885) 4 mois. Corps fibreux masquant une grossesse. Guérison.

R. Barnes. (*Saint-George's Hosp. Report*, 1874-76. Vol. VIII, p. 91.) 3 mois. Corps fibreux masquant une grossesse. Mort.

D. von. (Ott. *Archiv. f. Gyn.* Bd. XXVII, p. 88, 1890). 9 mois. (263 jours.) Gros fibrôme de la portion sus-vaginale du col. Traitement intra-péritonéal du pédicule. Guérison. Enfant vivant.

La plupart de ces faits sont relatifs à des opérations avant terme. Si l'on attend celui-ci pour faire une véritable *opération de Porro*, le pronostic est sans doute plus grave. Mais, comme importante compensation, on a la possibilité de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Il ne faudra jamais attendre tout à fait jusqu'au terme pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail, mais opérer quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement. Le procédé opératoire qui paraît offrir alors le plus de sécurité, au double point de vue de l'hémorrhagie et de la septicémie, toutes deux particulièrement à craindre quand il s'agit d'un utérus gravide, est la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule (Hegar).

## MÉDECINE PRATIQUE

### SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE A FORME CARDIAQUE

Par le Dr Ch. Fiessinger.

L'observation qui fait le sujet de ce petit mémoire est bien curieuse.

La malade, âgée de 33 ans, prend les premiers jours de sa fièvre typhoïde de l'antipyrine, à raison de 3 gr. par jour. Les urines sont fortement albumineuses.

Or, alors que la quantité de médicament absorbée n'est que 12 gr., on constate des phénomènes graves consistant en une prostration très grande, un tremblement généralisé même au repos, un refroidissement complet du corps, un pouls faible, une diminution considérable de la quantité d'urine.

Les jours suivants il se produit même de la rétention d'urine qui nécessite l'emploi de la sonde.

inséré dans la notice de l'hôpital, nous relevons que 584 malades ont été hospitalisés, sur lesquels 439 sont sortis guéris et 94 sont morts.

Plus de 29.000 enfants ont été soignés à la consultation externe. La moyenne des consultations externes a été de 83 par jour.

Les salles d'attente du dispensaire, les cabinets de consultation, la pharmacie sont très convenablement installés.

Les médicaments sont distribués moyennant un penny pour le flacon.

Budget total des dépenses pour cet hôpital 164.000 francs, dont 18.600 pour le dispensaire.

Hopital mixte pour enfants et adultes.

*North West London Hospital.*

Cet hôpital, fondé en 1878 sous le patronage de la princesse Christian compte actuellement 47 lits dont 18 berceaux. Un dispensaire très important y est adjoint.

Primitivement, le dispensaire seul fonctionnait pour secourir les malades externes. Puis on ouvrit une salle de dix berceaux pour enfants. Plus tard on ouvrit des salles d'adultes pour les deux sexes.

Mais le caractère spécial des soins donnés dans cet hôpital est de s'appliquer plus particulièrement aux enfants. Ce n'est pas seulement dans son voisinage que cet hôpital rend des services : toutes les parties du royaume en bénéficient, *dit la notice.*

Le nombre total des enfants et des adultes hospitalisés en 1888, a été de 650 à 24 jours chacun en moyenne ; soit 15.600 journées de maladies internes.

Le nombre des patients externes secourus au dispensaire a été de 53.894, dont 30.106 cas anciens et 13.698 cas nouveaux.

Budget : Total des dépenses pour 1888........ 104.243 fr. 60

Total des recettes.................... 126.440 fr. 20

Les deux médecins résidants seuls sont rémunérés. Le reste du corps médical est *honorary*.

*Honorary medical Staff.*

Il se compose de :

1 médecin titulaire,

Tous ces accidents, nous n'hésitons pas à les attribuer à l'usage intempestif de l'antipyrine.

Ils ne se sont en effet jamais reproduits au cours de la maladie qui a été fort longue, et ont disparu rapidement, aussitôt l'antipyrine supprimée.

M. Clément (1) s'est attaché à démontrer que les accidents dont on rend responsable l'antipyrine se rencontrent au cours d'autres fièvres typhoïdes où ce médicament n'a pas été employé.

Nous souscrivons volontiers à l'opinion du médecin lyonnais.

Il nous suffit de rappeler l'action de l'antipyrine. M. Albert Robin (2) a démontré que l'antipyrine non seulement diminue la sécrétion urinaire, mais encore entrave les oxydations et par suite la solubilisation des principes toxiques qui restent dans le sang.

Dans les fièvres typhoïdes graves, cette accumulation de principes toxiques s'effectue spontanément, sans qu'on administre de l'antipyrine.

Mais on comprend aussi que l'administration de ce médicament, dans les fièvres typhoïdes bénignes, puisse, en fermant la voie rénale et en emprisonnant les principes toxiques dans l'organisme, entraîner des accidents absolument semblables à ceux des fièvres graves, puisque la cause qui produit ces accidents est la même dans les deux cas.

Pour revenir à notre malade, prenons un seul de ses symptômes : la rétention d'urine.

C'est là une complication que, pour notre part, nous n'avons observée que dans les fièvres typhoïdes fort graves et à une période déjà avancée du mal.

Ici, c'est un accident presque de début, et qui n'a plus reparu dans la période d'état.

D'autres accidents, au contraire, se sont aggravés avec la marche de la fièvre : nous voulons parler de la faiblesse excessive des battements du cœur et de la rapidité du pouls.

Attribuer ces phénomènes à l'antipyrine, nous paraît moins fondé, malgré qu'on puisse toujours admettre, comme consécutive à la prise du médicament, l'action des poisons non éliminés sur la fibre du cœur et les centres d'innervation cardiaque (1).

Quoi qu'il en soit, il s'agit là de symptômes fort graves et se terminant rarement par la guérison.

Du côté du cœur, nous avons, à plusieurs reprises, constaté le phénomène du rythme fœtal, que Huchard a baptisé du nom d'embryocardie.

Ce rythme fœtal présente, d'après le médecin de l'hôpital Bichat, trois caractères (2) qui sont : 1° l'accélération des battements du cœur ; 2° la similitude de timbre et d'intensité des deux bruits ; 3° l'égalisation en durée des deux silences.

Huchard ajoute : « ce syndrome peut être transitoire, ce qui indique un pronostic grave et non toujours mortel ; il est permanent, persistant sans modification apparente pendant plusieurs jours, ce qui permet de formuler un pronostic presque toujours mortel ».

Or notre malade a présenté ce symptôme à plusieurs reprises, du 20 au 25 septembre, du 20 au 24 octobre, du 1er au 4 novembre, et tout le reste du temps le pouls était très rapide et faible (120 à 160 pulsations). On aurait pu considérer l'embryocardie même comme constante, n'était le second bruit du cœur qui, par moments, était un peu plus clair et plus éclatant que le premier.

L'embryocardie indique, d'après Huchard, non seulement l'affaiblissement du cœur, mais encore l'abaissement considérable de la tension artérielle.

Nous avons combattu ce symptôme avec succès par les alcooliques à haute dose (thé au rhum, champagne), grâce auxquels, dans des cas analogues, Stokes (3) a obtenu quelques succès, et par les injections sous-cutanées d'éther et d'ergot. Quelques injections de caféine (Huchard) ont été données concurremment avec les précédentes, ces dernières ainsi que les injections d'éther ayant pour but d'augmenter l'énergie du cœur, tandis que les injections d'ergot relevaient la tension artérielle abaissée et augmentaient la contractilité des vaisseaux, amoindrie par le poison typhique.

(1) Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine par E. Clément. (*Lyon Médical*, 4 déc. 1887.)

(2) L'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales. (Acad. médec. 6 déc. 1887.)

(1) L'antipyrine, par elle même, peut déterminer des accidents de collapsus cardiaque. (Huchard, Malad. du cœur, page 707.)

(2) Maladies du cœur et des vaisseaux, par H. Huchard, Ibid., p. 59.

(3) cité par Huchard, p. 52.

---

1 chirurgien titulaire,
3 assistants médecins,
3 assistants chirurgiens,
1 dermatologiste,
1 accoucheur,
1 ophthalmologiste,
1 dentiste.
1 médecin résidant,
1 assistant.

AUTRE HOPITAL DISPENSAIRE POUR ENFANTS.

*North Eastern Hospital for children.*

Cet hôpital a été fondé en 1867, sous le patronage de plusieurs princes de la famille royale, et de nombreuses familles de la haute bourgeoisie. Il est entretenu comme tous les hôpitaux de Londres, par des souscriptions particulières et des dons volontaires.

*Mode d'admission.*

Les malades de la consultation externe sont admis gratuitement avec un ticket délivré par un souscripteur donateur, ou bien ils sont tenus de payer 4 pence pour les semaines suivantes, s'ils ne sont pas recommandés.

Les chirurgiens consultent le mercredi et le vendredi à 9 h. du matin.

Les médecins consultent tous les jours à 1 h. de l'après-midi.

Les malades hospitalisés sont admis gratuitement avec des tickets des souscripteurs, sinon ils sont tenus de payer 2 shellings et 6 pence par semaine. Toutes les admissions doivent être approuvées par les médecins.

On ne reçoit pas de malades au-dessous de deux ans.

Le nombre total des malades hospitalisés pendant l'année 1888, soit dans les services de médecine, soit dans les services de chirurgie a été de 709.

Le nombre total des malades du dehors soignés au dispensaire de l'hôpital a été de :

| | | |
|---|---|---|
| | 13.754 | nouveaux pendant l'année 1888, |
| et de | 48.994 | déjà anciennement traités. |
| Total | 62.748 | consultations externes. |

Avant de recourir aux injections d'ergot, nous avions donné le même médicament par la voie stomacale, pur on incorporé à des potions de 50 centigr. de sulfate de quinine (1). Les injections d'ergot Yvon ont été commencées le 22 septembre, à raison de 2 par jour (2 gr.) jusqu'au 29 septembre. On n'en a plus donné qu'une jusqu'au 2 octobre. Le 4 octobre, on n'injecte plus qu'une demi-seringue de Pravaz d'ergot, et le 8 octobre, on reprend la seringue entière jusqu'au 16 octobre. On cesse jusqu'au 22, et on redonne une seringue pleine du 22 au 26. A partir de ce jour, on n'en donne plus qu'une de temps à antre, quand la faiblesse du pouls est excessive.

La malade a environ subi ainsi 50 piqûres d'ergot, lesquelles, en raison des précautions antiseptiques prises, n'ont amené aucun accident.

Les injections d'éther ont été pratiquées, comme celles d'ergot, à partir du 22 septembre. D'abord données au nombre de 3, puis de 5 par jour, on les a réduites à deux du 25 à 28 septembre, puis à une seule du 28 septembre au 2 octobre.

En raison de la douleur qu'elles provoquaient, on les a suspendues ensuite et on a essayé de les remplacer par des injections sous-cutanées de caféine suivant la formule de Tanret.

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude...... | 3 gr. |
| Caféine.................. | 2 gr. 50. |
| Eau distillée........... | Q. s. pour 10 cc. |

Une seringue de Pravaz contient 25 centigr. de caféine. Ces injections qui ont été données au nombre de 3 ont fait souffrir beaucoup la malade (dont la peau était hyperesthésiee) et on les a cessées.

Ce traitement, joint aux enveloppements dans les draps mouillés alternant avec les lotions d'eau vinaigrée (eau 15°), aux potions de quinine, d'extrait de quinquina et de musc, aux alcooliques, a eu raison des symptômes graves dont souffrait notre malade.

La rechute qui a eu lieu le 54° jour s'est distinguée par un pouls extrêmement rapide (160 pulsations), l'absence de troubles intestinaux notables, l'intensité des accidents nerveux, des douleurs musculaires vives, et des douleurs en urinant.

(1) Les hautes doses de quinine entravent les oxydations et peuvent devenir dangereuses. (Albert Robin, Clin. et thérap. méd. 1887, p. 83).

A un moment, un symptôme nous a particulièrement frappé: une respiration haletante, courte, presque incomptable, non en rapport avec les signes pulmonaires relativement peu accentués. Splénisation de la base du poumon gauche. Cette respiration si rapide, cessait avec le sommeil, et accompagnait l'embryocardie. Nous l'avons expliquée par une excitation anormale du pneumogastrique due au poison typhique.

Aussi bien, la guérison de cette malade survenue le 77° jour semble indiquer que les lésions du myocarde n'étaient pas très accentuées, et que les symptômes se rapprochaient de ceux que Bernheim a décrits sous le nom de forme cardiaque de la fièvre typhoïde, et que le maître de Nancy considère comme secondaires aux troubles profonds survenus dans l'innervation vaso-motrice.

(*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

### DIABÈTE.

I. — Diabète sucré et affection du pancréas, par le Dr O. Minkowski. *Berliner Klin. Wochenschrift* 1890, n° 8, p. 167.

II. — Sur l'état du suc gastrique et de l'estomac dans les cas de diabète sucré, par le professeur Rosenstein. *Ibidem*, n° 13, p. 289.

III. — Sur une forme clinique spéciale du diabète, par le Dr Hirschfeld. *Centralbatt für die medicin. Wissenschaften*, n° 10, p. 164, et 11, p. 193.

IV. — Sur trois cas de diabète, par le Dr Fichtner. *Deutsche Archiv für Klin. Medicin*. T. 45, fasc. 1 et 2, p. 112.

V. — Sur l'étiologie du diabète sucré, par le Dr J. Michael. *Ibidem*. T. 44, fasc. 5 et 6, p. 597.

VI. — Le diabète peut-il être acquis par voie de transmission, par le Dr R. Schmitz. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 20, p. 449.

VII. — Sur le diabète sucré d'origine syphilitique, par le Dr C. Decker. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, n° 46, p. 944.

VIII. — Remarques sur la coexistence de la glycosurie avec la syphilis et l'angine de poitrine, par le Dr W. M. Ord. *British medic. Journal*, 1889, n° 1505.

Toutes les affections ordinaires médicales et chirurgicales des enfants sont hospitalisées, mais de toutes les maladies infectieuses la diphtérie seule et la fièvre typhoïde sont admises.

Dans la statistique totale des cas soignés en 1888, nous relevons 33 cas de diphtérie dont 20 morts.

La diphthérie est soignée dans un pavillon indépendant, avec un personnel spécial.

Le corps médical de cet hôpital se compose de :

MM. Morel Makensie, S     , Coyley, médecins consultants ; de MM. Jonathan, Hutchinson et Godlie, chirurgiens consultants.

Les médecins sont MM. Turner, Arnoud Simple, Pasteur.

Les chirurgiens, MM. Woren, T     , et Pollard.

L'assistant de la chirurgie est le major Greenwood.

MM. Smith, Blake et Chazal sont également attachés comme chirurgiens de la maison.

On voit par cette énumération que le personnel médical est très complet dans cet hôpital dispensaire.

*Cheyne Hospital.*

Cet hôpital fut fondé en 1859 pour les enfants malades et pour ceux atteints d'affections incurables.

Il est installé très modestement sur les bords de la Tamise, près du pont Albert.

Le bâtiment est une maison de trois étages, avec une cour gazonnée par derrière, 30 lits environ.

Les enfants en traitement lors de notre visite sont surtout atteints de maladies chroniques, mal de Pott, coxalgie, abcès froids, etc.

Actuellement, Il n'y a pas de dispensaire annexé à l'hôpital.

On construit en ce moment, tout auprès de l'établissement, un grand hôpital d'enfants, avec dispensaire qui fonctionnera l'année prochaine.

*St.-Gabriel's Hospital for children (Grosvener Road).*

Ce petit hôpital contient 12 berceaux. On y reçoit seulement des enfants au-dessous de deux ans. Les maladies infectieuses ne sont pas reçues. Les salles sont mixtes pour la chirurgie et pour la médecine.

Un dispensaire est annexé.

Dr Variot.

IX. — COEXISTENCE DU DIABÈTE ET DE LA MALADIE D'ADDISON, par le Dr WEST. *The Lancet*, 9 novembre 1889.

I. — M. Minkowski rappelle qu'il a fait, avec M. von Mering, des expériences tendant à élucider la pathogénie du diabète et dont voici les principaux résultats :

L'extirpation complète du pancréas engendre d'une façon constante un diabète vrai, c'est-à-dire une glycosurie durable, qui persiste même quand l'animal a subi un jeûne de huit jours, qui s'accompagne de polyurie, de polydipsie, de polyphagie, d'un amaigrissement et d'une prostration qui vont progressant, malgré une alimentation abondante. Quand l'animal en expérience est nourri avec de la viande, la glycosurie augmente parallèlement, mais non proportionnellement, à l'azoturie. A une époque plus avancée, les urines contiennent, indépendamment du sucre, de l'acétone, de l'éther acétique et de l'acide oxybutyrique. La proportion de sucre augmente notablement et s'élève jusqu'à 0,5 p. 100. Les animaux présentent une moindre résistance aux agents de la suppuration, et une tendance aux complications organiques.

L'extirpation partielle du pancréas ne donne pas ces résultats, quelle que soit d'ailleurs la portion du pancréas qu'on extirpe. Il en est de même de la ligature du canal de Wirsung. Le diabète consécutif à l'extirpation totale du pancréas n'est donc pas attribuable à ce que l'intestin ne reçoit plus de suc pancréatique; il doit être en rapport avec la suppression d'une fonction spécifique du pancréas, encore inconnue, et dont l'exercice est indispensable à la bonne utilisation du sucre formé dans l'organisme animal.

M. Minkowski voit, dans ces résultats expérimentaux, un argument en faveur de la théorie suivant laquelle, certains cas de diabète chez l'homme reconnaissent pour cause une affection du pancréas. Peut-être une observation plus attentive des faits aboutira-t-elle à donner plus d'extension à cette théorie, et à considérer « la glycosurie comme l'expression d'un trouble des fonctions du pancréas au même titre que l'albuminurie est l'expression d'un trouble des fonctions rénales ».

Incidemment, l'auteur mentionne qu'il a réussi dans ces derniers temps à développer un diabète expérimental qui correspondait à la forme légère de cette maladie chez l'homme, en extirpant à un chien les 9/10 du pancréas; l'animal ne rendait pas de sucre par les urines aussi longtemps qu'il recevait comme seule nourriture, de la viande et du lait. Un régime hydro-carburé entraînait au contraire une glycosurie abondante.

II. — Le professeur Rosenstein a fait des recherches sur l'état de la muqueuse de l'estomac et sur la composition chimique du contenu de cet organe, dans 10 cas de diabète. Les conclusions suivantes résument les résultats de ces recherches :

1° Dans une série de cas de diabète sucré, l'acide chlorhydrique libre fait défaut dans le suc gastrique, pendant un temps plus ou moins long, et cette absence du suc gastrique doit être considérée comme l'expression d'une névrose de l'estomac;

2° Dans une série de cas de diabète, il se fait une atrophie de la muqueuse de l'estomac, consécutive à une gastrite interstitielle;

3° Dans les cas de diabète sucré, l'absence persistante de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique doit être attribuée à une atrophie de l'appareil glandulaire, occasionnée par une inflammation interstitielle;

4° La névrose sécrétoire de l'estomac, qu'on observe chez les diabétiques, de même que l'abolition du phénomène du genou et les autres névroses, n'est pas en rapport direct avec la gravité du diabète; celle-ci dépend de l'intensité de la glycosurie, de la présence de l'acétone et de l'éther diacétique dans les urines.

III. — M. Hirschfeld a fait des recherches sur 5 diabétiques, pour étudier les conditions de la résorption des matières albuminoïdes et des matières grasses ingérées avec les aliments. Il a constaté que chez deux de ces malades, cette résorption était en déficit considérable.

Ainsi, chez l'un de ces deux malades, une femme de 44 ans, robuste, du poids de 48 kilogr., qui ressentait depuis quatre mois une grande faiblesse, avec alternatives de diarrhée et de constipation, diplopie, abolition du phénomène du genou, l'élimination de l'azote par les urines était réduite à 10 gr. 02 par période de vingt-quatre heures, pour 19 gr. 49 d'azote ingéré avec les aliments, tandis que chez un sujet de contrôle, soumis au même régime alimentaire, l'élimination de l'azote par la même voie s'élevait à 17 gr. 01.

Chez l'autre malade, un homme de 45 ans, du poids de 65 kilogrammes, l'élimination de l'azote par les urines était de 18 gr. 12 pour 29 gr. 98 ingéré, tandis qu'elle s'élevait à 26 gr. 173 chez un sujet de contrôle, qui usait de la même alimentation.

L'analyse des matières fécales a démontré que la matière azotée qui échappait à la résorption, chez les deux diabétiques, se retrouvait dans les excréments, et que ceux-ci renfermaient une proportion exagérée de graisses.

La question se posait dès lors de savoir si cette insuffisance de la résorption des matières albuminoïdes et des graisses était la conséquence d'un catarrhe de l'estomac ou de l'intestin. M. Hirschfeld repousse cette interprétation. Il mentionne, en passant, que chez les deux diabétiques en question, l'administration quotidienne du bicarbonate de soude à la dose quotidienne de 5 à 10 grammes avait pour effet de diminuer le poids des matières fécales, et par conséquent d'améliorer les conditions de la résorption. Il conclut, en fin de compte, « qu'il existe une forme clinique spéciale du diabète, dans laquelle les fonctions gastro-intestinales sont gravement endommagées ».

IV. — Une première observation de Fichtner concerne une petite fille de 10 ans, qui présenta, entre autres symptômes, du diabète, l'abolition du phénomène du genou, et une rétinite diffuse qui suivit une marche régressive. L'urine qui contenait environ 6 0/0 de sucre, donnait la réaction de l'acétone, mais ne renfermait pas d'acide oxybutyrique. Chez cette malade et chez la suivante l'administration interne des semences de jambolana est restée sans effet utile.

Le second cas a présenté cette particularité curieuse : l'urine exposée à l'air se colorait en rose; cette coloration n'était pas en rapport avec la présence de la matière colorante du sang. Le malade est mort d'une phtisie pulmonaire.

Le sujet de la troisième observation a succombé moins de vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, aux accidents du coma diabétique. Dans l'urine on a constaté la présence de l'acétone, mais non celle de l'acide oxybutyrique.

Dans ce dernier cas, et dans deux autres observés précédemment et terminés de la même façon, l'auteur a constaté l'existence d'une dégénérescence graisseuse de la substance corticale des reins, à caractères spéciaux, la graisse occupant exclusivement la base des cellules. Cette lésion faisait défaut dans le second cas, qui ne s'est pas terminé dans le coma; elle

serait, d'après l'auteur, dans un rapport étroit avec les accidents désignés sons le nom de coma diabétique.

Dans aucune des quatre autopsies de diabétiques, qu'il a eu l'occasion de faire, l'auteur n'a rencontré les foyers de nécrose de l'épithélium rénal, décrits par Ebstein. Toujours, par contre, les anses de Henle étaient infiltrées de matière glycogène.

V. — A l'autopsie d'un jenne homme de 20 ans, mort diabétique, dans le coma, après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, M. Michael a trouvé dans le quatrième ventricule un cysticerque (*cysticercus racemosus*) libre; l'épendyme était le siège de proliférations polypeuses.

M. Michael n'a pu trouver dans les recueils de la littérature médicale, qu'un cas analogue, publié par Brecke (*Ueber cysticerken im 4 ventrikel, Dissertation inaugurale*, Berlin 1886). Encore s'agissait-il d'un cas de diabète insipide.

VI. — Récemment, à la Société médicale des hôpitaux, le professeur Debove (voir *Journal des Sociétés scientifiques* 1889, n° 31, p. 299) attirait l'attention des médecins sur la coexistence fréquente du diabète chez le mari et la femme. Sans vouloir avancer une théorie pour expliquer ces faits, M. Debove rejetait toutefois l'explication proposée par Lecorché : communauté du mode d'existence des deux époux.

Plusieurs membres de la Société médicale des hôpitaux citaient, à la suite de Debove, des exemples de cette coïncidence du diabète chez des conjoints.

M. Schmitz a rencontré cette coïncidence 26 fois sur un total de 2.320 diabétiques qu'il lui a été donné d'observer à la station thermale de Neunahr. Les choses se présentaient ainsi, suivant les propres expressions de l'auteur :

Des personnes d'une santé parfaite, le plus souvent des femmes, devenaient subitement diabétiques, après avoir soigné pendant longtemps un malade diabétique; c'était, dans la très grande majorité des cas, un conjoint qui avait vécu avec le malade dans une intimité très étroite. Dans aucun de ces cas on ne pouvait incriminer l'hérédité pathologique; dans aucun de ces cas il n'existait de parenté consanguine, même très lointaine, entre les deux personnes successivement atteintes du diabète. Voire qu'on ne pouvait relever, dans les habitudes des deux malades, aucune des circonstances qui passent pour engendrer le diabète et notamment pas l'abus des aliments sucrés; les antécédents arthritiques faisaient également défaut.

Dans ces conditions, M. Schmitz s'est demandé s'il n'y avait pas eu transmission du diabète entre personnes vivant dans l'étroite intimité de la vie conjugale. Les idées qui ont cours sur la pathogénie du diabète jurent avec l'hypothèse que vise cette question. Mais, fait remarquer M. Schmitz, avant la découverte du bacille de Koch, l'hypothèse de la transmissibilité de la tuberculose paraissait tout aussi étrange à la grande majorité des médecins, et de nos jours cette transmissibilité est acceptée comme un fait bien démontré; on ne dispute guère que sur son degré de fréquence.

M. J. Schmitz conclut par une proposition qui s'adresse aux expérimentateurs, et qu'il formule ainsi : Chercher à communiquer le diabète à des animaux, en leur incorporant, par différentes voies, du sang, des matières stomacales et surtout des matières intestinales provenant de diabétiques.

VII. — Un ouvrier âgé de 30 ans, était entré à l'hôpital pour une affection grave des yeux. Il présentait en outre, de la glycosurie et un exanthème syphilitique. L'infection remontait à dix mois environ, d'après les renseignements fournis par le malade. Deux mois plus tard éclataient les premiers symptômes de l'affection oculaire (rétino-choroïdite), et au bout de deux nouveaux mois, les manifestations en rapport avec la glycosurie (polyurie, polydipsie). Une cure par les frictions mercurielles a fait disparaître tous les accidents, y compris la glycosurie, malgré que le malade fit usage d'une alimentation mixte.

L'auteur incline à croire que dans ce cas, l'affection oculaire et la glycosurie étaient en rapport avec des lésions syphilitiques précoces des artères de l'encéphale.

VIII. — Entre autres faits intéressants, M. Ord signale, dans son travail, la fréquence relativement grande de la glycosurie à la période tertiaire de la syphilis, et aussi à la suite des accès d'angine de poitrine.

IX. — L'observation de M. West concerne un homme de 49 ans, chez lequel on avait reconnu l'existence d'une glycosurie (2 gr. 5 de sucre par litre), sans albuminurie. La percussion du thorax faisait reconnaître en outre un peu de matité aux deux bases, et une augmentation de volume du foie qui était douloureux à la pression. Enfin la peau présentait une teinte d'un bleu verdâtre.

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, le malade se plaignit de vives douleurs qu'il éprouvait en urinant. Il avait en outre de la dysurie et un peu de fièvre. Ces symptômes étaient en rapport avec une cystite. On mit le malade au régime anti-diabétique, et on le traita par la cocaïne et l'opium. Au bout de quelques semaines, il présenta les symptômes du rhumatisme subaigu; sa température interne s'éleva jusqu'à 40° 5, et il succomba après avoir été en proie à des vomissements violents.

A l'autopsie on trouva les capsules surrénales entourées d'un stroma fibreux qui les fixait aux organes avoisinants; à l'examen microscopique, on ne retrouvait plus de traces de leur parenchyme propre.

Pour M. West, il s'agissait, dans ce cas, d'une coïncidence accidentelle du diabète et de la maladie d'Addison.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### TRAITÉS D'HYGIÈNE

Durant ces dix dernières années, la microbiologie a exercé une telle poussée dans les sciences qui se rattachent à l'art de guérir, que toutes les parties de cet ensemble de connaissances groupées sous le nom de *Médecine* en ressentent les effets. L'hygiène est peut-être de toutes les branches des études biologiques celle qui a éprouvé le plus fort contre-coup de cette invasion des microbes dans les doctrines médicales. Aussi trouverons-nous naturel que de nouveaux manuels d'hygiène soient éclos sous cette influence. En vain les anciens traités ont-ils essayé de se mettre au niveau des recherches récentes, en introduisant dans leurs dernières éditions les résultats des découvertes microbiennes. Ce n'était là que de la juxtaposition; et l'on comprend que ces additions après coup modifient la forme, l'allure ou mieux la parure d'un ouvrage, et le rajeunissent; mais en somme c'est là un rajeunissement qu'on pourrait appeler postiche.

Des œuvres tout à fait nouvelles, conçues et élaborées sous l'influence des doctrines à l'ordre du jour, devaient sans tarder se produire, faisant pénétrer en quelque sorte dans la texture

intime d'un livre les idées en vogue et les notions actuellement admises.

A ce besoin instinctif plutôt que raisonné, répond largement cette grande ENCYCLOPÉDIE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PUBLIQUE dont nous avons déjà parlé à nos lecteurs (1). Mais la masse des médecins et les étudiants n'abordent pas ces vastes publications. Des manuels leur conviennent mieux.

Voici justement deux livres qui essayent de venir donner satisfaction à ce nombreux public.

Le premier en date est d'origine allemande ; c'est celui du Dr J. Rosenthal qui cumule dans l'Université d'Erlangen les fonctions de professeur d'hygiène et celles de professeur de physiologie. Son TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE (1) nous est présenté dans notre langue par le Dr H. Lavrand, professeur suppléant chargé du cours d'hygiène à la Faculté catholique de Lille, qui ne s'est pas contenté de traduire le texte allemand. Il a voulu aussi le compléter par l'addition de *courtes* notes « soit pour indiquer ce que l'on pense et ce que l'on fait en France, soit pour signaler les idées nouvelles et les acquisitions postérieures au mois de juin 1887 » date de la publication du livre de Rosenthal.

Les notes de M. Lavrand me paraissent trop courtes et aussi trop rares. Ainsi Durand-Claye n'est pas même nommé à propos de l'utilisation des immondices dans l'agriculture ; et nous pourrions citer bien d'autres omissions en bien d'autres endroits.

Ce traité comprend 57 chapitres qui, dans le texte allemand se suivent « sans autre lien apparent qu'un numéro d'ordre », dit le traducteur dans sa préface.

M. Lavrand a divisé l'ensemble des matières en quatre parties, réunissant un peu artificiellement cette longue série de chapitres sous les quatre chefs suivants : l'*Hygiène générale*. l'*Hygiène alimentaire*, l'*Hygiène professionnelle* et l'*Hygiène prophylactique*.

Nous ne saurions, on le comprend, essayer d'analyser dans ses détails, un ouvrage de cette nature. Nous nous contenterons de dire que la lecture en est facile ; le style est simple, pas trop ardu. Et cependant les détails abondent. Les Français y apprendront quelques détails d'outillage hygiénique usités en Allemagne et peu connus ou inconnus chez nous.

Beaucoup de nos compatriotes trouveront sans doute que le passage consacré au traitement et à la prophylaxie de la rage, bien qu'affectant une forme impartiale et presque sympathique pour M. Pasteur, est un peu sévère pour sa méthode. Le professeur Rosenthal est partisan avant tout des mesures prophylactiques qui s'adressent au chien. Tout en reconnaissant l'utilité des précautions de police urbaine, nous regrettons que M. Rosenthal n'ait pas proposé une prophylaxie plus radicale encore et qui a été réclamée dans ce journal à diverses reprises. Nous voulons parler d'une vaccination obligatoire de tous les chiens, quelques semaines après leur naissance. L'inoculation pastorienne de toute la population canine de la France aurait bientôt réduit de beaucoup le chiffre des clients humains de l'Institut Pasteur. Mais cet Institut, outre qu'il aurait à fournir le vaccin à tous les vétérinaires, rendrait des services scientifiques d'un autre genre. Car la rage n'est pas la seule maladie que l'on puisse étudier dans ce magnifique établissement.

Le livre de Rosenthal, rempli de détails et de réflexions personnelles, paraît convenir au médecin qui veut se mettre au courant des choses de l'hygiène.

Celui du Dr Guiraud, d'allure moins solennelle, nous semble devoir mieux réussir auprès des étudiants. Et ce n'est pas un petit mérite que d'avoir su condenser sous un volume relativement restreint un si grand nombre de choses utiles à connaître (1).

Quoique forcé d'être concis, l'auteur reste toujours d'une clarté remarquable, tant il s'est bien assimilé les connaissances et les travaux qu'il voulait vulgariser.

Le Manuel pratique d'hygiène comporte deux grandes divisions : l'Hygiène générale et l'Hygiène spéciale.

L'*Hygiène générale* comprend sept grands chapitres : 1° Le sol ; 2° L'atmosphère ; 3° Les climats ; 4° L'habitation (construction, ventilation, chauffage, éclairage, évacuation des immondices, etc. Cet important chapitre se termine par l'étude des habitations collectives) ; 5° Les villes (voiries, égouts, eaux, cimetières, etc.) ; 6° L'alimentation (principes alimentaires, aliments soit d'origine animale, soit d'origine végétale, condiments, coloration artificielle des aliments, eaux potables, boissons fermentées, boissons stimulantes, régime alimentaire, telles sont les diverses têtes de section de ce 6e chapitre ; 7° L'hygiène corporelle qui nous parle du vêtement, de la propreté corporelle, de l'exercice et de la gymnastique.

La deuxième partie du livre de M. Guiraud, l'*Hygiène spéciale* est divisée en cinq chapitres : le 1er s'occupe de l'hygiène de la première enfance ; le 2e est consacré à l'hygiène scolaire ; le 3e aborde les diverses questions de l'hygiène professionnelle et industrielle ; le 4e traite de la prophylaxie des maladies infectieuses, et des agents et procédés de désinfection. Enfin le 5e a pour objet les maladies infectieuses exotiques, la prophylaxie sanitaire internationale et les quarantaines.

Tel est, indiqué dans ses grandes lignes, le cadre du livre de M. Guiraud. Si j'ajoute que ce cadre nous a paru judicieusement et consciencieusement rempli, je croirai presque n'avoir pas d'autre éloge à faire d'un travail essentiellement ingrat par lui-même. Il faut, en effet, au temps où nous sommes, un courage à toute épreuve pour affronter, sans y être forcé par les exigences du professorat, les peines, les recherches, la somme d'efforts intellectuels que nécessitent la production d'un bon manuel d'hygiène. M. Guiraud a eu ce courage. On ne peut que l'en féliciter.

Dr P. FABRE (de Commentry).

### CHIRURGIE

**DE LA TRÉPANATION PAR ÉVULSION, par A. TEXIER.** (Thèse de Paris, 1888).

La méthode de trépanation préconisée par l'auteur est celle que J. Roux entreprit de remettre en honneur, il y a plus de quarante ans, sous le nom de trépanation par évolution. Elle a pour principal avantage de pouvoir être indistinctement

(1) Dans le feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE du 1er mars. Depuis cette date deux nouveaux fascicules ont paru (le troisième et le quatrième du tome deuxième). Ils comprennent la fin du chapitre sur les aliments dû à M. Gabriel Pouchet ; 2° un chapitre sur les Eaux potables par M. Armand Gautier, et 3° un grand chapitre non encore terminé, sur les boissons, par M. Alfred Riche. Paris, Lecrosnier et Babé, éditeur.

(2) Un fort volume, grand in-8 de 653 pages, avec 109 figures. Bruxelles A. Manceaux, libraire-éditeur, 1890.

(1) Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1890, un volume in-12 de 596 pages.

appliquée au niveau de toutes les régions du crâne qu'on a pu qualifier de dangereuses. Elle consiste à tracer le sillon circulaire, à rentrer la pyramide de l'instrument, et sans limiter la couronne avec le curseur, à arriver au diploé. L'apparition d'une sciure rouge rend compte tant sur le cadavre que sur le vivant du point où l'on se trouve. Jusqu'ici rien de bien différent d'avec ce qui se passe dans les cas de trépanation ordinaire. Mais dès que la résistance devenant plus grande on juge que la table interne est sur le point d'être atteinte, la couronne est retirée pour procéder au nettoyage de la rainure circulaire. Si la percussion de cette dernière, pratiquée à l'aide d'un fin stylet donne un son clair, s'armant d'un pied de biche comme d'un levier, on fait sauter la rondelle qui se détache de la dure-mère, entraînant la plus grande partie de la lame interne. Il ne reste plus qu'à régulariser la section à l'aide d'un couteau lenticulaire. Ou procédé, comme il est aisé de le remarquer, plutôt par éclatement que par évulsion, et le premier de ces mots, comme le dit l'auteur, conviendrait mieux pour caractériser le procédé.

Étude sur l'étranglement herniaire par pincement latéral de l'intestin, par R. A. de Beaumais (Th. de Paris, 1889.)

On entend par pincement latéral de l'intestin l'étranglement d'une partie d'anse herniée, le bord mésentérique restant dans le cavité abdominale. Rare et s'observant plus fréquemment à l'anneau crural et particulièrement chez la femme, l'affection se produit généralement sous l'influence d'un effort. Presque toujours, c'est l'iléon qui est pincé, parfois le jéjunum, rarement le gros intestin. Dans la majorité des cas on observe en même temps une occlusion complète bien que les selles et les gaz aient pu dans d'autres ne pas être entièrement supprimés.

Le diagnostic de l'étranglement par pincement latéral est entouré des plus grandes difficultés et souvent impossible à faire d'avec celui de la hernie étranglée ordinaire. Dans les deux cas on doit éviter de s'attarder à la pratique du taxis, l'intervention sanglante précoce ayant été jusqu'ici suivie des meilleurs effets. Quant à espérer la guérison par apparition d'un phlegmon stercoral, c'est, paraît-il, caresser un rêve. Tels sont les enseignements qui se dégagent de l'étude des trente-et-une intéressantes observations rapportées par l'auteur.

Contribution a l'étude des kystes hydatiques de la rate, par H. Lainé (Thèse de Paris, 1889.)

Le kyste hydatique de la rate se rencontre rarement. Les faits observés sont trop peu nombreux pour qu'on puisse dire si son apparition est influencée par l'âge, le sexe, la profession. Il se manifeste au début par une tumeur que l'on peut sentir à la palpation et par des douleurs exceptionnellement fort vives, le plus souvent si légères qu'elles n'attirent même pas l'attention du malade. Affirmer que cette tumeur, tenue sous la main est un kyste de la rate, présente des difficultés parfois insurmontables, d'autant que le foie, le rein, l'ovaire et le mésentère peuvent présenter des lésions. Le diagnostic différentiel exige beaucoup de sagacité et un grand sens clinique. En tous cas, dès que l'affection est reconnue, il convient d'intervenir, car on a affaire à une maladie grave, qui, abandonnée à elle-même peut conduire à la mort. Au chirurgien à employer le procédé qu'il croit le mieux convenir à la cure des kystes hydatiques.

Contribution a l'étude des fistules pyo-stercorales, par R. Vaucher (Thèse de Paris, 1889.)

Si les fistules pyo-stercorales résultent le plus habituellement de la présence d'une collection purulente, abdominale ou pelvienne, elles sont aussi consécutives parfois à l'étranglement de certaines hernies abandonnées à elles-mêmes ou tardivement opérées. Moins fréquentes que les suppurations abdominales, puisqu'elles exigent non seulement l'ouverture de l'intestin, mais encore des dispositions anatomiques spéciales à certaines régions pour permettre la constitution du foyer intermédiaire, elles ont pour caractère particulier de présenter des lésions autrement considérables qu'on ne pourrait le croire tout d'abord, ce qui explique le peu de tendance de l'affection à la guérison. Les moyens de traitement employés sont subordonnés à l'état de la paroi intestinale : le procédé de choix est l'entérorrhaphie primitive ou rapidement secondaire. Que si l'étendue des désordres ne permettait pas de pratiquer la suture de l'intestin, on devrait avoir recours à l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie circulaire. En tous cas; il ne faut pas oublier que le succès définitif est d'autant plus à espérer que l'état du malade sera meilleur et que l'intervention aura été plus hâtive.

Extirpation de l'astragale dans le pied bot, par J. Martin. (Thèse de Paris, 1889.)

Il découle des considérations anatomo-pathologiques préalablement exposées par l'auteur, que l'extirpation de l'astragale s'imposé dans le traitement des pieds bots invétérés : c'est à la déformation de cet os que serait dû l'équinisme. Quant à la déviation en varus habituellement concomitante, elle résulterait de la subluxation du scaphoïde sur la tête du calcanéum, d'où nécessité de la section partielle de ce dernier comme opération complémentaire.

Les récentes communications de M. Nélaton à la Société de chirurgie contredisent en partie les affirmations qui précèdent. Pour ce chirurgien, la situation en équin dépendrait de la présence d'une cale osseuse à la face externe de l'astragale au-devant de la malléole ; le varus ne tiendrait à rien moins qu'à la luxation du scaphoïde en dedans de la tête astragalienne. Aussi a-t-il pu combattre avantageusement le varus équin en enlevant une partie modérée de l'astragale et en pratiquant l'ablation de sa cale osseuse.

Ces déformations typiques, sur lesquelles on est fort surpris de ne pas avoir vu l'attention suffisamment appelée, se rencontrent-elles dans tous les cas? Il serait, pour l'instant, malaisé de le dire. Peut-être ne s'observent-elles que dans la variété décrite par Bœckel, de pieds bots osseux, en opposition à la variété de pieds bots tendineux justiciables du massage, de la ténotomie et du redressement par les appareils.

Tout ce que nous venons de dire ne fait que rétrécir le champ de l'extirpation de l'astragale sans la contrindiquer absolument. Les conseils donnés par l'auteur pourront être très profitables dans les cas où l'opération devra être pratiquée.

## BULLETIN

De l'origine microbienne de certaines variétés de péritonites et de méningites. — Classification des pleurésies purulentes au point de vue bactériologique.

— Les études de microbiologie occupent maintenant une place importante dans l'enseignement médical : leur utilité s'affirme pour ainsi dire chaque jour davantage, aussi bien dans le domaine de la clinique que dans celui de la théorie pure. On doit se féliciter de cette tendance du mouvement

scientifique contemporain, car c'est dans le nouvel ordre de recherches qu'il a fait naître que l'on trouvera sans doute l'explication de bien des faits pathologiques sur l'origine desquels nous étions réduits à l'hypothèse. Parmi ces faits, il en est un que l'on rencontre assez fréquemment dans la pratique : c'est l'apparition dans le cours où à la suite de la pneumonie, de manifestations inflammatoires du côté des grandes séreuses (péritonites, méningites, arthrites). Les anciens auteurs avaient déjà noté cette concordance et on la trouve signalée dans les ouvrages classiques; mais le lien qui reliait entre elles ces différentes phlegmasies leur échappait : ils n'y voyaient guère qu'une coïncidence et c'est tout au plus s'ils se hasardaient à faire intervenir une de ces explications vagues comme celles tirées de l'idiosyncrasie ou de la métastase. A la suite de travaux récents, cette question a fait un pas important : il s'agit là, en réalité, de phénomènes d'infection dus à une cause commune, qui n'est autre que la multiplication dans l'économie d'un agent pathogène pourvu d'une certaine affinité naturelle pour certains organes où tissus similaires. Cet agent, c'est le pneumocoque bien connu au point de vue morphologique depuis les recherches de M. Netter. La présence constante de cet élément parasitaire dans les formes d'inflammation précitées, permet donc d'affirmer sans réserve leur origine microbienne.

— Etant admise cette notion que le pneumocoque est la cause véritable de la pneumonie et de ses complications éloignées, rien n'empêche d'admettre que dans certains cas, il puisse se localiser isolément sur les séreuses, à l'exclusion du poumon lui-même qui resterait parfaitement indemne. De fait, cette éventualité est possible et même réelle, bien que relativement assez rare. L'observation que M. Debove vient de communiquer à la *Société médicale des hôpitaux* en est un exemple irrécusable. On pourrait en citer d'autres et sans doute les observations similaires deviendront plus nombreuses à mesure que la diffusion des études bactériologiques permettra un contrôle nécroscopique plus rigoureux des faits. Quoiqu'il en soit, l'observation de M. Debove est très importante au point de vue clinique, parce qu'elle donne l'interprétation vraie des causes de certaines phlegmasies viscérales restées inexpliquées jusqu'à ce jour. Elle ne l'est pas moins au point de vue de la pathologie générale, car elle établit d'une manière péremptoire la possibilité d'une véritable dissociation de l'action pathogène propre à quelques espèces microbiennes. On connaissait déjà des cas bien avérés d'infection typhique localisée exclusivement au poumon, sans participation appréciable de l'intestin. Désormais, on saura que le même phénomène de dédoublement peut se produire dans d'autres variétés d'infection, comme l'infection pneumonique. Quant à fournir l'explication de ce que l'on pourrait appeler une bizarrerie clinique, cela est impossible dans l'état actuel de la science : la solution de cette question est subordonnée tout entière aux progrès des études microbiologiques.

— Si la connaissance des microbes pathogènes offre un intérêt supérieur sous le rapport de la conception étiologique des maladies, elle n'est pas moins importante dans le domaine de la clinique où elle peut devenir un moyen d'information des plus précieux. Comme exemple à l'appui de cette dernière proposition, nous devons citer le remarquable travail dans lequel M. Netter vient d'exposer une classification des pleurésies purulentes très utile à connaître au point de vue du pronostic et du choix des modes de traitement. Les recherches de M. Netter ont eu pour objet l'examen bactériologique de 109 cas de pleurésies purulentes. Après avoir éliminé un certain nombre de cas douteux, dans lesquels les microorganismes ne semblaient offrir aucun caractère spécifique qui permit de leur attribuer un rôle réellement pathognomonique, cet observateur consciencieux a pu établir quatre groupes principaux dont l'importance respective se mesure par les chiffres qui expriment leur fréquence relative.

En tête du groupe se place la pleurésie à pneumocoques qui paraît être en même temps la moins grave, car on peut la guérir facilement par la simple évacuation du pus, c'est-à-dire par la simple ponction. Puis vient la pleurésie à streptocoques, la plus fréquente chez l'adulte, qui réclame une intervention énergique et précoce dont l'empyème est le seul et indispensable moyen. La dernière sur la liste est la pleurésie tuberculeuse proprement dite qui est insidieuse et chronique et peut, à la rigueur, être abandonnée à elle-même. La ponction plus ou moins répétée y suffit d'ordinaire, l'empyème ne lui convient qu'exceptionnellement. En somme, voilà autant de notions nouvelles et précises qui trouvent leur application pratique presque immédiate sur le terrain de la clinique, mais qui ne pourront être utilisées que par les médecins familiarisés de longue date avec les recherches de technique bactériologique. Cette dernière remarque fournit précisément un des meilleurs arguments que l'on puisse invoquer pour justifier la diffusion des études de microbiologie et la place qu'elles occupent dès aujourd'hui dans l'instruction médicale des élèves.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Les certificats de blessures dans les hopitaux. — Quand un blessé a été transporté dans un hôpital, à la suite d'un accident ou d'une rixe, les commissaires de police sont dans l'usage de demander aux médecins un certificat constatant la nature et la gravité des blessures de la victime.

Des difficultés s'étant produites à ce sujet, le procureur de la République s'est concerté avec M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, par les mesures à prendre en pareil cas. Il a été décidé ce qui suit :

Quand un certificat médical sera nécessaire, les commissaires de police devront adresser une réquisition écrite au directeur de l'hôpital dans lequel le blessé aura été admis. Le directeur fera parvenir la réquisition écrite au médecin qui devra rédiger le certificat, et le médecin remettra ensuite le certificat directement au directeur. Celui-ci payera ou fera payer au médecin ses honoraires et les réclamera ensuite au commissaire de police. Les médecins sont autorisés à désigner un interne pour la rédaction du certificat.

M. le procureur de la République a donné aux commissaires de police l'ordre de l'aviser des contestations susceptibles de se produire.

Assistance médicale dans les campagnes. — Le ministre de l'intérieur a soumis au conseil des ministres le texte définitif du projet de loi organisant l'assistance médicale dans les campagnes, qu'il vient d'élaborer. Ce projet sera déposé sur le bureau de la Chambre des députés dans les premiers jours du mois de juin.

Hygiène internationale. — Par suite des renseignements parvenus sur la situation sanitaire de Mossoul, le comité consultatif d'hygiène publique de France a émis l'avis que le pèlerinage de la Mecque était de nature à constituer un danger pour la santé publique, et qu'il n'y avait pas lieu, dès lors, d'autoriser les musulmans d'Algérie à entreprendre ce pèlerinage.

— Le *Matin* annonce qu'avant son départ pour Montpellier M. Bourgeois a signé un arrêté confiant à M le Dr Delvaille, notre collaborateur, la mission d'étudier en Espagne les questions relatives aux exercices physiques, aux jeux et à l'hygiène scolaire.

## NÉCROLOGIE

### M. SIREDEY.

Le bureau de l'Académie de médecine tout entier, un grand nombre de membres de la Compagnie, le corps médical des hôpitaux, une assistance nombreuse de médecins et d'amis ont conduit aujourd'hui à sa dernière demeure, le docteur Siredey, décédé le jeudi 22 courant, à l'âge de 59 ans.

François Siredey, né le 28 février 1831, à Lavilleneuve-lès-Couverts (Côte-d'Or), fit ses études médicales à Paris. Interne des hôpitaux de la promotion de 1855, il fut nommé médecin du bureau central, le 15 mai 1865. Reçu docteur en médecine en 1860, sa thèse a pour titre : *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.* Siredey, chargé pendant longtemps du service d'accouchements à l'hôpital Lariboisière, s'est surtout occupé de gynécologie et sa notoriété dans cette branche de l'art médical était des plus honorables. De ses travaux nous citerons les plus importants : *La fièvre puerpérale n'existe pas* (1875), *Les maladies puerpérales*, étude clinique (1884), un *Traité des maladies puerpérales*, dont la première partie a paru en 1883; un *Rapport sur les épidémies de l'année* 1884; divers articles dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, entre autres : *métrorrhagie, péritonite*, etc. D'un caractère bienveillant et d'une grande probité professionnelle, Siredey jouissait de l'estime générale. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, par MM. Fournier, au nom de l'Académie, dont il faisait partie depuis 1884, et Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux.

A. D.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 11 AU 17 MAI 1890.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 63. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses, 28. — Autres, 6. — Méningite, 52. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 67. — Bronchite aiguë, 26. — Bronchite chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 27. — Pneumonie, 55. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 14. — Biberon 51. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 23. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 171. — Causes inconnues, 6. — Total : 999.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## HYGIÈNE

### LA PATHOLOGIE DES HOUILLÈRES

Par le Dr Paul Fabre (de Commentry), membre correspondant de l'Académie de médecine (1).

Le rôle de la houille dans nos sociétés civilisées semble augmenter d'importance de jour en jour. A tel point qu'il ne saurait être accusé d'émettre un paradoxe, celui qui affirmerait que les centres de la civilisation actuelle risquent d'être déplacés, plutôt par les nécessités industrielles subordonnées à la présence ou à l'absence de ce produit fossile, que par les guerres ou les conquêtes. En 1880, l'exploitation houillère occupait déjà 1,220,000 ouvriers (2) représentant un chiffre de 4,000,000 d'âmes vivant de cette industrie.

L'étude de la situation hygiénique des houilleurs s'impose donc aux médecins. Dix-huit ans passés à soigner une population de mineurs et à étudier leurs maladies m'autoriseront suffisamment, je l'espère, à traiter ce sujet devant l'Académie.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 27 mai.
(2) Evrard. *Traité pratique de l'exploitation des mines*, t. II, Mons, 1888. La Grande-Bretagne compte à elle seule 484,983 mineurs.

Vous m'excuserez d'invoquer dès le début ces dix-huit ans de travaux et d'études; c'est que la plupart de nos livres classiques et beaucoup de médecins sont bien en retard et semblent s'en tenir encore à ce qu'écrivirent Ramazzini et Hallé (1). Loin de moi, l'idée de vouloir rabaisser le mérite de ces deux illustres devanciers en hygiène professionnelle. Mais Ramazzini décrivait les maladies des mineurs à une époque où l'art d'extraire la houille et les autres minerais était encore dans l'enfance, si bien que l'on trouvera autant, sinon plus de renseignements scientifiques dans son chapitre sur les creurs de puits que dans celui souvent cité où il expose l'état déplorable dans lequel travaillaient les mineurs de son temps.

Quant à Hallé, qui ne fut appelé à soigner des mineurs qu'à l'occasion de l'épidémie qui éclata en 1802, à Fresnes et Vieux-Condé (Compagnie d'Anzin), il eut le mérite d'attirer l'attention sur l'anémie d'une manière pour ainsi dire inconsciente.

Son mémoire est en effet intitulé :

*Observations sommaires sur une maladie qu'on peut nommer anémie ou privation de sang, qui a attaqué les ouvriers d'une galerie d'anthracite ou charbon de terre en exploitation à Anzin, Fresnes et Vieux-Condé, près Valenciennes.*

Le mot fit fortune; à tel point que l'anémie des mineurs fut placée dans le cadre pathologique avant que l'anémie proprement dite eût été nettement définie. Mais le mot avait été lancé et depuis Hallé, tous les mineurs qui devenaient malades

(1) Je fais naturellement exception pour les récents traités d'hygiène de MM. Proust, Arnould, Rochard, qui sont des livres spéciaux.

## FEUILLETON

### REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE.

(suite. — voir les numéros 2, 8 et 13).

VII. — Pierre-Joseph Desault (1744-1795).

Dans cette fin du xviiie siècle où toutes les sciences, les institutions, où les arts même semblèrent vouloir se renouveler, la chirurgie ne resta pas en dehors de cette poussée générale vers le progrès. Desault fut un des chirurgiens qui contribuèrent le plus à ne pas laisser en arrière cet art humanitaire par excellence.

C'est à nous retracer la vie de ce laborieux et si méritant novateur en chirurgie, que M. Emile Sauzay, arrière-petit-neveu de Desault, vient de consacrer sa thèse de doctorat (1).

Pierre-Joseph Dusault (car c'est ainsi que signait sa famille) naquit au Magny-le-Vernois, près de Lure, le 6 février 1744 Ses parents, petits propriétaires, lui firent donner le plus d'instruction qu'ils purent, et à 12 ans il entrait en cinquième au Collège de Lure dirigé par des moines, mais non des Jésuites, comme l'a écrit son élève Bichat, et après lui Descuret (1) puis A. Chereau (2) Il y manifesta un goût très vif pour les mathématiques et les sciences exactes; on affirme même qu'il aurait écrit sur les bancs un commentaire du livre de Borelli *De motu animalium*, commentaire qui n'a d'ailleurs jamais été publié. Ces connaissances spéciales devaient servir plus tard à Desault dans les premières années de son séjour à Paris, car il fut obligé, pour vivre et pouvoir continuer ses études chirurgicales, de donner des leçons de mathématiques à une époque où il faisait déjà des cours d'anatomie et de chirurgie.

C'est dans son village, auprès d'un rebouteur, que Desault avait pris goût à cet art, qu'il devait illustrer. De là, il se rendit à Bel-

(1) *Un chirurgien au dernier siècle :* P.-J. Désault. Paris, 1889, chez Henri Jouve.

(1) Dans son article de la *Biographie médicale*, de Panckoncke, article par trop calqué sur celui publié sept ans avant, en 1814, par Fournier dans la *Biographie universelle de Michaud*.
(2) Dans le *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre.

étaient atteints d'anémie, de l'anémie des mineurs, de la maladie décrite par Hallé.

Et cependant Hallé avait dit qu'il n'y avait qu'un seul chantier de mines, où ent éclate l'épidémie dont il soigna quatre victimes qui lui furent envoyées dans son service de l'hôpital de la Faculté. L'épidémie, dite d'Anzin, ne représentait donc pas une vraie maladie professionnelle, car elle resta localisée dans un seul charbonnage. L'on admit cependant qu'il s'agissait d'une anémie spéciale aux mineurs, surtout lorsque Ozanam, dans son *Histoire médicale des maladies épidémiques* donna la relation d'une maladie survenue de 1785 à 1792 aux mines de Schemnitz en Hongrie, et décrite par Hoffinger. La maladie des mineurs d'Anzin ayant donc des précédents, devenait une maladie professionnelle.

Or, à Schemnitz où l'on exploite des minerais de plomb argentifère, la description des symptômes démontre qu'il s'agissait d'une intoxication saturnine. Les deux épidémies ne sont donc pas comparables. Mais qui s'en était aperçu jusqu'à ces dernières années ? Ainsi, depuis Hallé, les médecins des houillères, dès qu'ils voyaient des troubles morbides quelconques mal déterminés, mais survenant chez des mineurs, s'empressaient-ils d'y mettre l'étiquette anémie.

C'est ainsi que la pathologie s'est enrichie d'une maladie professionnelle qui n'a rien de net, disons mieux, qui n'existe pas.

Mais nos prédécesseurs sont fort excusables, car la pathologie du houilleur est si variée, les conditions hygiéniques où se trouvent les houillères sont si multiples et si dissemblables que l'étude de l'hygiène des mineurs, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà maintes fois, dans mes travaux antérieurs, offre une grande complexité.

Considérez la plupart des corps de métier, l'ouvrier se trouve dans un milieu uniforme. Outre que son travail est toujours le même, le local est sinon identique, du moins analogue, la température est le plus souvent constante, la quantité d'air respirable et les émanations diverses variant très peu.

Dans la profession de mineur, il n'en est pas ainsi.

Prenons, par exemple, une concession houillère quelconque en pleine exploitation, et examinons, sans tenir compte de l'ouvrier, les conditions des divers chantiers. Nous constatons d'abord une différence de profondeur qui va jusqu'à quelques centaines de mètres d'altitude en plus ou en moins.

La température est des plus variables : ici, on ressent une impression de fraîcheur, le thermomètre descend jusqu'à 10 degrés et même plus bas, tandis qu'à une distance d'une cinquantaine de mètres, il s'élève à 20°, quelquefois à 30° et 40°, et même bien davantage, surtout lorsqu'on se trouve en présence des incendies souterrains, rares heureusement, que l'on est obligé de maîtriser, d'isoler, d'étouffer, et cela ne se fait qu'en s'approchant assez près des parties incendiées.

L'air, très sec à certains endroits, est dans beaucoup d'autres très humide.

On rencontre ici d'abondantes poussières de charbon et là des poussières rocheuses ou d'autres poussières minérales, et là enfin, il n'y a aucune espèce de poussière, on presque pas.

La quantité d'eau varie aussi beaucoup.

On la voit dans quelques endroits suinter en gouttelettes le long des parois ; plus loin, elle tombe en pluie abondante ; plus loin encore, les ouvriers ont les pieds, les jambes, les cuisses, le tronc tout entier dans l'eau.

La ventilation parfois très énergique est ailleurs très difficile ; elle peut être très faible et quelquefois nulle.

Dans certains cas, l'air est simplement confiné, dans d'autres il est vicié.

Voici des chantiers à grisou, en voici d'autres remplis d'oxyde de carbone ou d'acide carbonique, ou d'hydrogène sulfuré, de carbures d'hydrogène, etc.

Et dans le voisinage des incendies, on peut se trouver en présence de tous les gaz provenant de la distillation de la houille.

Perce-t-on des galeries à l'aide de la poudre on de la dynamite, une nouvelle altération de l'air se manifeste, altération plus ou moins complète, car la diffusion se fait progressivement dans les galeries voisines, et on peut y respirer des mélanges gazeux à tous les degrés d'insalubrité.

Il y a souvent des matières organiques en putréfaction : bois de charpente, cadavres d'animaux, des détritus de différente nature, aliments avariés, déjections, etc. Quelquefois il y a de vrais cloaques ou bien des eaux simplement stagnantes, et je n'en aurais pas fini avec mon énumération, car je pourrais montrer encore ces divers éléments combinés de manière à devenir tout différents d'eux-mêmes : l'humidité coexistant

---

fort ; et à l'hôpital militaire de cette ville il vit faire de grandes opérations. Desault arriva enfin à Paris en 1764 ; il suivit les leçons d'Antoine Petit (d'Orléans), de Louis, de Sabatier, disséquant beaucoup, puis bientôt enseignant l'ostéologie.

Ce ne fut qu'en 1776, après 10 ans de professorat que Desault, grâce à l'appui et à « l'estime de deux hommes qui jouissaient alors d'une grande renommée, Louis et La Martinière », fut reçu parmi les membres du Collège-Royal de chirurgie (1), et bientôt après de l'Académie Royale.

En 1782, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de la Charité, d'où en 1785 et non en 1788, comme le disaient les précédents biographes, il passait à l'Hôtel-Dieu, en qualité d'adjoint de Moreau qui, mourant peu après, le laissa médecin en chef.

Alors la gloire lui vint avec la richesse. Mais il n'en resta pas moins un travailleur opiniâtre, clinicien et médecin d'hôpital avant tout.

Desault, marié, couchait à l'hôpital pour être plus près de ses malades. Dès 8 heures, tous les matins, sa visite médicale était finie ; ses leçons, ses consultations, ses opérations venaient ensuite, et ce n'était guère qu'après midi qu'il pouvait s'occuper de sa clientèle de ville. A 6 heures, il était rentré à l'hôpital pour faire sa seconde visite ; puis il passait à l'amphithéâtre où il donnait une leçon du soir « ordinairement consacrée à l'anatomie et à la théorie des opérations chirurgicales ».

Bichat a évalué à 600 le nombre des auditeurs qui, chaque jour, se pressaient aux leçons de Desault.

Nous n'avons pas à exposer ici les divers instruments inventés par ce chirurgien, non plus que les modifications qu'il a apportées au traitement d'une multitude d'affections chirurgicales, depuis

(1) Pour entrer dans cette société, « il fallait, dit M. Sauzay, joindre à ses titres personnels une somme de 3,000 écus, et la pauvreté de Desault semblait devoir l'en écarter longtemps. Ce fut par une faveur spéciale et grâce au patronage de Louis qu'il fut admis *ad meliorem fortunam*, sous la condition expresse de verser plus tard la somme. » D'aucuns prétendent même que Louis l'aida de sa bourse. Quoi qu'il en soit sa thèse semble avoir été faite pour plaire à son protecteur, à Louis, qui avait introduit en France l'usage du gorgeret de Hawkins dans l'opération de la taille. Elle a pour titre : *De calculo vesicæ extrahendo prævia sectione ope instrumenti Haukensiani emendati.*

avec une chaleur excessive, ou le froid uni à l'humidité, ou la chaleur coïncidant avec la sécheresse de l'air, etc., etc.

Si l'on réfléchit en outre que, pour constater une variation, pas n'est besoin de passer d'une mine dans une autre, d'une région dans une région différente; que de plus, dans une même mine, le même ouvrier ne reste pas longtemps placé dans un même chantier; que telle galerie, qui, la veille était en voie de percement et, par contre, ventilée difficilement, se trouve le lendemain aboutir dans une galerie très aérée, on concevra encore mieux l'inconstance, la variation et la variété des phénomènes physiologiques et pathologiques que l'on a voulu faire dépendre de la profession du mineur en général, et qui ne résultent que de conditions purement accidentelles et passagères.

On le voit, il n'y a aucune exagération à avancer que les ouvriers d'une même mine se trouvent au même moment dans des milieux beaucoup plus dissemblables, bien plus différents les uns des autres que les habitants d'une même grande ville dont les uns sont dans la rue, les autres dans des sous-sols, d'autres dans des mansardes, ceux-ci dans des logements exigus et mal aérés et ceux-là dans de vastes appartements.

De toutes les conditions professionnelles, la plus constante pour les mineurs est l'obscurité. Aussi est-ce la privation de la lumière solaire que l'on a eu le plus de tendance à incriminer dans la pathologie des houilleurs, sans se rendre compte que si cette action était réelle, pas un ouvrier n'y serait soustrait. Or, il n'en est rien.

Ce n'est donc que lorsqu'une escouade d'ouvriers a été exceptionnellement astreinte à un travail de longue durée, se faisant dans des conditions à peu près identiques, ce n'est que lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes analogues chez tous les ouvriers occupés à ce même travail, dans un même milieu, et dans le même temps, que l'on peut raisonnablement établir l'action de telles conditions données sur la santé des mineurs, et rechercher quelles sont, parmi ces conditions, celles qui produisent des effets nuisibles, celles qui sont indifférentes, ou celles qui ne sont dangereuses que dans certaines circonstances (1).

La pathologie du mineur n'est donc pas chose si simple qu'on pourrait le croire d'après nos traités classiques, car au lieu de la seule maladie professionnelle des quarante premières années de ce siècle, de l'anémie des mineurs (à laquelle on a ajouté depuis une phthisie des mineurs (1) qui n'est que de l'anthracosis), nous sommes obligé de signaler une multitude d'accidents morbides qui, pour n'avoir pas le droit d'aspirer à prendre le titre de maladie professionnelle, n'en sont pas moins réels et très fréquents.

Si nous considérons les causes de ces accidents morbides nous les diviserons en deux grandes catégories : les maladies purement accidentelles et les maladies essentiellement professionnelles.

Dans la première catégorie doivent être rangés tous les accidents, toutes les catastrophes qui menacent les mineurs : explosions de grisou, incendies, coups d'eau et inondations souterraines, inflammation des poussières, asphyxie par manque d'oxygène, par émanations gazeuses et toxiques, éboulements, rupture de machines, de câbles, de paniers, etc.

Cette série de causes de maladies ou de mort ne se rapportant qu'à des causes purement accidentelles, doivent être prévues et prévennes par des procédés techniques, et ne pouvant guère être influencées par les ressources médicales, il nous suffira de les avoir signalées. Il appartient aux exploitants de les empêcher, de les atténuer, d'y remédier. Le médecin n'intervient qu'accessoirement pour soulager ou tâcher de sauver des victimes. A côté de ces accidents que l'on peut appeler collectifs, nous nous contenterons également de mentionner les accidents individuels auxquels les ouvriers mineurs sont exposés, mais qui ne leur sont pas plus spéciaux qu'ils ne le sont aux terrassiers par exemple; je veux parler des divers traumatismes : plaies, fractures, contusions, etc.

La deuxième catégorie des causes de maladie ou de mort des ouvriers mineurs doit attirer surtout notre attention. Car elle comprend les affections qui sont sous la dépendance directe de l'exercice de leur profession, du milieu dans lequel ils l'exercent.

En laissant de côté un certain nombre d'influences qui, bien qu'ayant souvent été invoquées comme causes de maladies, ne nous paraissent pas devoir entrer en ligne de compte (priva-

(1) Voir la *Revue d'Hygiène* d'avril 1883.

(1) Voir les articles, du Dr Raymond Tripier, parus dans le *Lyon Médical* (1884, nos 4, 6, 13, 15, 16, 18, 20, 21 et 22).

son bandage pour les fractures de la clavicule, et son appareil pour les fractures de la rotule, jusqu'à ses procédés d'extension continue dans les fractures des membres. Toutes ces transformations et ces découvertes, tous ces travaux, Desault les accomplissait, nous dit M. E. Sauzay, pendant les premières années de la tourmente révolutionnaire. « Il ne devait pas échapper à la proscription étendue à tous les genres de talent. Celui qui guérissait tant de plaies, qui sacrifiait tout son temps aux malades de l'hôpital, était dénoncé dans les réunions populaires, dans les assemblées de section; son nom était devenu trop célèbre à une époque où le mérite même était un crime. Chaumette, qui était alors maître de la municipalité, le dénonça à ses collègues comme ayant refusé de donner ses soins aux blessés du 10 août, alors qu'au contraire ils emplissaient les salles de l'Hôtel-Dieu. Traîné devant le Tribunal révolutionnaire, il eut grand'peine à se défendre ; son arrestation ne fut que retardée, et le 28 mai 1793 un mandat d'arrêt était lancé contre lui. A 10 heures du matin, il fut arraché à ses élèves, en plein Hôtel-Dieu, au milieu d'une clinique et conduit à la prison du Luxembourg. Les historiens de la Révolution nous ont décrit les angoisses des malheureux prisonniers, qui ne sortaient que pour être conduits à l'échafaud. Il se trouva avec plusieurs de ses amis qui ne devaient pas échapper à la mort.

« Mais la clameur publique s'éleva si haut, que le Comité de Salut public dut faire une exception qui est un des seuls actes de clémence qu'on puisse citer en sa faveur, et Desault fut rendu à ses élèves et à ses malades après trois jours d'une détention qui devait avoir une influence sur le reste de sa vie. Quoique découragé et abattu, il n'abandonna pas ses travaux; on organisait alors l'Ecole de Santé, qui devait se transformer plus tard en Ecole, puis en Faculté de médecine. Desault qui avait tant fait pour la chirurgie, aurait voulu qu'on donnât à cette science le premier rang, au détriment de la médecine, pour laquelle il professait le plus profond mépris. Mais il n'avait pas été consulté, on le nomma professeur de Clinique externe à la nouvelle école, et son enseignement particulier ne devint qu'une branche de l'institution générale (1). »

On sait que Desault fut appelé à donner ses soins au malheu-

(1) Emile Sauzay, p. 36-37.

tion de la lumière solaire (1), augmentation de la pression atmosphérique, état électrique de l'air des galeries, etc.) (2), nous pourrons réduire à cinq facteurs principaux les causes les plus fréquentes de désordres morbides auxquelles sont exposés les mineurs de nos jours :

1° Le manque d'oxygène; 2° l'humidité; 3° les émanations délétères ou méphitiques; 4° la chaleur trop élevée de certaines galeries et 5° l'abondance de poussières.

1° *Manque d'oxygène.* — La houille ayant la propriété d'absorber l'oxygène de l'air (Recherches de M. Fayol), beaucoup de chantiers de mines mal ventilés offrent un air insuffisamment oxygéné. Là se développent ces cas d'anoxhémie que j'ai signalés depuis longtemps et que le Dr Dransart (de Somain), a constaté également dans le bassin du nord de la France, dans la proportion de 2 ouvriers sur 100 (3).

2° Les effets de l'*humidité* dans les mines varient suivant l'abondance et la nature des eaux; mais aussi suivant la coexistence d'une température plus ou moins élevée. L'humidité peut d'ailleurs se montrer à tous les degrés. Nulle ici, l'hygromètre indique souvent à côté, une saturation de l'air; ailleurs l'eau baigne les galeries, exposant les mineurs aux rhumatismes et quelquefois, lorsque les eaux contiennent des principes irritants, elles provoquent des éruptions soit furonculeuses, soit érythémateuses, soit prurigineuses.

3° Les émanations délétères ou méphitiques qui se produisent dans les galeries, représentent un autre facteur important des maladies des mineurs; l'hydrogène sulfuré, l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, l'hydrogène protocarboné dans les mines à grisou, peuvent amener une sorte d'anémie que j'ai proposé d'appeler *fonctionnelle*, car dans ce cas, le chiffre des globules n'est pas diminué, mais l'air respirable étant altéré, les fonctions des globules sont entravées.

4° La *chaleur* offre de grands inconvénients dès quelle dépasse 40° dans le voisinage des chantiers en feu.

(1) Les mineurs passent en moyenne six heures en plein jour; mais les chevaux qui ne sortent pas des chantiers souterrains ne sont pas anémiques. Voir mon analyse du sang des chevaux (*De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs*), Paris, Lauwereyns, 1878).

(2) Certains auteurs ont même incriminé une diminution imaginaire de la pression atmosphérique.

(3) *Congrès de la Rochelle. Société pour l'avancement des Sciences.*

Au-dessous de 30° elle n'est pénible et même dangereuse que si l'air est en même temps chargé d'humidité.

5° On sait que les *poussières charbonneuses* par leur accumulation dans les voies respiratoires amènent cette variété de pneumoconiose que l'on appelle l'anthracosis. Mais elles ont à leur actif d'autres particularités.

Presque tous les mineurs présentent des cicatrices caractéristiques d'une coloration nettement bleue; ces cicatrices, indélébiles comme un vrai tatouage, succèdent à toute plaie produite par l'action traumatique d'un fragment de charbon.

La houille pulvérulente en suspension dans l'air peut amener un léger degré de conjonctivite simple On observe aussi très fréquemment de vraies kératites, des kérato-conjonctivites parfois avec iritis et souvent suivies d'ulcération de la cornée. Ces derniers accidents sont habituellement produits par l'implantation sur la cornée de fragments de houille ou d'acier projetés avec un certain degré de violence dans l'opération de l'abatage de charbon à l'aide du pic. Il suffit en général de débarrasser la cornée de son corps étranger pour obtenir une guérison rapide des phénomènes inflammatoires.

Il arrive assez souvent que les houilleurs se plaignent d'une diminution marquée de l'ouïe et des troubles divers de l'audition. Maintes fois, et même presque toujours j'ai constaté que ces troubles divers sont dus à la présence dans le conduit auditif externe d'un houchon plus ou moins dur et plus ou moins volumineux de poussières charbonneuses agglutinées par du cérumen. Ordinairement il y a coïncidence d'un certain degré d'inflammation catarrhale du conduit.

Si à ces causes de maladies ou de simples indispositions chez les mineurs, on ajoute un certain nombre d'influences indépendantes du milieu ou du travail souterrain (excès, insuffisance d'alimentation, surmenage, fatigue musculaire, insomnie, marches prolongées, etc.) on aura montré à combien de causes de détérioration corporelle sont exposés les ouvriers houilleurs.

Etant donné l'ensemble de ces conditions étiologiques, si nous cherchons cependant quels en sont les résultats sur la santé générale des houilleurs, sous diviserons en cinq groupes les effets morbides :

1° Affections des voies respiratoires; 2° Affections du sang et du système de circulation; 3° Maladies des voies digestives;

---

reux fils de Louis XVI; mais ce jeune prince était déjà perdu. Et néanmoins Desault devait précéder dans la tombe le prisonnier du Temple. « La visite du 30 mai fut la dernière, dit le Dr Labrune (1). Consterné par les souffrances dont les dernières années et particulièrement les derniers jours de son existence, lui avaient révélé le spectacle, troublé par la crainte de voir triompher de nouveau un régime auquel il avait dû son arrestation, Desault s'efforçait en vain d'oublier ses terreurs et ses chagrins au milieu des distractions de l'amitié. Il fut atteint dès le soir même du 30 mai d'une fièvre soudaine et pernicieuse, qui le conduisit en trois jours au tombeau, à travers les divagations du délire. » Il mourut le 1er juin (19 prairial) 1795, à 9 heures du soir. Corvisart lui prodigua vainement ses soins; le mal ne put être conjuré, et ses élèves, cruellement frappés à la nouvelle de sa maladie, ne purent qu'assister à sa mort.

Chacun fut surpris d'une fin aussi subite, et le bruit se répandit qu'il était mort empoisonné. « Mais, s'écrie le Dr Sauzay, pourquoi vouloir charger d'un nouveau crime ceux à qui on en reproche tant? » L'autopsie de Desault fut faite par Corvisart, Lepreux et Laurens, qui conclurent à une fièvre pernicieuse.

Bien que certaines parties de la thèse de M. Sauzay pèchent par quelques fautes d'érudition (1), elle n'en est pas moins pleine d'intérêt. Le sujet y prêtait d'ailleurs largement.

Nous signalerons, en finissant, une note sur l'Iconographie du grand chirurgien. M. Sauzay cite un pastel qui est en sa possession et « qui, peut-être, a servi à la gravure placée en tête » des œuvres chirurgicales de Desault; de plus, il mentionne un grand portrait gravé en couleur, signé Alix, et qui fait partie d'une collection des hommes illustrés du XVIIIe siècle. Il existe aussi des bustes de Desault. Marc-Antoine Petit (de Lyon), qui en 1795 publia un éloge de Desault, possédait un de ces bustes en 1796, et un exemplaire se trouve encore dans la salle des séances de la Société anatomique.

Au total, donc, la thèse de M. E Sauzay constitue un travail utile et soigné. (*A suivre.*)

(1) *Etude sur la vie et les travaux de Desault* (couronnée par l'Académie de Besançon). M Sauzay a omis de nous donner la date de ce travail.

(1) Ainsi que M. Dureau l'a fait remarquer dans la *Gazette médicale* du 15 février, M. René Briau y est appelé *Briot*, Dezeimeris est orthographié *Desemeris*, etc.

Dr ALBERTUS.

4° Maladies du système locomoteur ; 5° Troubles des organes des sens.

I. — Du côté de la respiration, les troubles que j'ai le plus souvent constatés se rapportent à deux causes : efforts considérables et répétés amenant de l'emphysème, abondance des poussières charbonneuses qui provoque moins de l'irritation des voies respiratoires qu'une sorte d'imprégnation du tissu pulmonaire par la houille pulvérente. Dans les bronchites il y a presque toujours expulsion de crachats noirâtres. Quant à la phthisie vraie, elle est exceptionnelle dans les mines. Les laryngites s'observent surtout chez les mineurs aux rochers (bowetteurs).

II. — La circulation est influencée également de diverses manières ; d'abord directement par les efforts excessifs, par une sorte de surmenage. L'hypertrophie cardiaque peut s'ensuivre. En second lieu, et plus indirectement, par l'action sur les globules de l'air confiné ou insuffisamment oxygéné. D'où phénomènes d'anoxhémie. Quant à l'anémie vraie ou hypoglobulie, elle est exceptionnelle aujourd'hui dans les mines de houille.

III. — Les troubles digestifs sont peut-être plus fréquents que les troubles circulatoires. Les indigestions, les dysentéries les embarras gastriques, fébriles ou non, se rencontrent assez souvent. Signalons comme cause fréquente de ces troubles de de la part des ouvriers, l'abus de l'ingestion d'eaux qui ne sont pas toujours d'une pureté irréprochable. De plus, des symptômes dyspeptiques, parfois graves, peuvent se rattacher à la présence d'helminthes (tænias, ascarides, oxyures, trichocéphales, anguillules, ankylostomes).

IV. — Les arthralgies, les rhumatismes tant articulaires que musculaires sont assez fréquents. Le plus souvent les rhumatismes n'intéressent qu'une articulation. J'ai observé bien des fois du torticolis, mais surtout du lombago. Le tour de reins les ruptures de fibrilles musculaires, sont des effets pour ainsi dire journaliers des travaux pénibles du houilleur, comme de tous les travaux qui exigent un grand développement de forces musculaires. Chez des remblayeurs, j'ai constaté jusqu'ici que le tour des reins est généralement plus superficiel et siège dans la masse musculaire des extenseurs de la colonne vertébrale. Tandis que chez les piqueurs, et même chez les boiseurs, le lombago est habituellement profond, et siège dans les muscles prévertébraux, dans les fléchisseurs de la colonne dorso-lombaire.

Les névralgies sciatiques intercostales, trifaciales, etc., se présentent également assez souvent.

V. — Enfin, du côté des organes des sens, outre l'accumulation des poussières dans le conduit auditif externe agglomérées par le cérumen, accumulation signalée plus haut, je rappellerai que la peau peut être le siège d'éruptions spéciales : éruptions miliaires et sudorales, furoncles, érythème, prurigo, ecthyma, eczéma, urticaire, etc.

Quant aux yeux, en laissant de côté les irritations mécaniques des conjonctivites, ils peuvent être aussi le siège de troubles d'un genre tout différent, je veux parler du nystagmus. On a même décrit un *nystagmus des mineurs*, non que cette affection ait jamais présenté chez les mineurs des caractères spéciaux, mais tout simplement parce que chez les mineurs quelques observateurs ont rencontré des pas de nystagmus plus souvent que chez les ouvriers des autres professions. A Commentry, depuis 18 ans, je n'ai cependant observé jusqu'ici que deux cas de nystagmus dont un très rebelle.

A quoi attribuer la fréquence relative de cette affection dans les mines du nord de la France par exemple? Je pense que c'est tout simplement parce que dans cette région les couches de houille sont très minces, que l'abatage s'y fait dans une posture très pénible pour l'ouvrier qui est couché sur le côté et surmène par conséquent certains muscles oculaires. Il se produit là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe pour les muscles moteurs des doigts dans la crampe des écrivains. Peut-être aussi l'alcoolisme devrait-il être invoqué à titre de cause prédisposante.

CONCLUSIONS.

Nous sommes donc en droit de répéter que les conditions sanitaires dans lesquelles se trouvent les ouvriers mineurs, et spécialement les houilleurs, sont aujourd'hui bien différentes de ce qu'elles étaient autrefois. Depuis qu'une ventilation soignée, énergique, sérieusement surveillée est installée presque partout, depuis que les galeries sont plus vastes et que ce sont des chevaux qui opèrent à peu près tout le traînage souterrain des bennes de charbon (traînage effectué jadis par des hommes mais surtout par des femmes), depuis que l'entrée même des galeries est interdite presque dans tous les pays aux femmes et aux enfants en bas âge, depuis enfin que la descente au fond des mines et la montée au jour ne se font plus par les échelles fixes, l'hygiène des houillères s'est considérablement améliorée. Elle est aujourd'hui presque excellente; mais elle n'est arrivée à ce degré relatif de perfection que peu à peu et à mesure que s'opéraient l'une après l'antre les réformes dont je viens de parler.

Aussi ne peut-on plus dire qu'il existe une *maladie* ou des *maladies des mineurs*, ce n'est que lorsqu'un ouvrier reste longtemps exposé à l'action continue, incessante de telle ou telle influence particulière qu'il arrive à présenter certains phénomènes morbides, phénomènes accidentels, exceptionnels et de nature éminemment variable.

C'est pourquoi, nous en sommes convaincu, quelles que soient les objections d'ordre technique que puissent opposer les exploitants (objections dont nous comprenons assurément la valeur), il importe que les directeurs des mines finissent par se résigner à établir un roulement des ouvriers dans les chantiers malsains, roulement plus ou moins rapide suivant les conditions sanitaires du chantier.

Il s'agit là d'une question humanitaire. Les médecins ont donc le devoir d'en réclamer l'application. Ils n'y failliront pas.

## MÉDECINE PRATIQUE

### SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE A FORME CARDIAQUE

Par le Dr Ch. Fiessinger.

*Suite et fin (1).*

Observation.

*Fièvre typhoïde chez une femme de 33 ans. — Traitement par l'antipyrine, les premiers jours. — Accidents graves consécutifs (prostration, refroidissement général, tremblement). — La convalescence semble s'établir vers le 49e jour. — Rechute le 54e jour. — Guérison définitive le 77e jour. — Pendant 54 jours le pouls a varié entre 120 et 160 pulsations. — A diverses reprises il a présenté le rythme fœtal (embryocardie de Huchard). — De nombreuses piqûres d'éther et d'ergot, quelques piqûres de caféine ont combattu ce dernier symptôme.*

Mad... T... 33 ans, femme nerveuse, mère de 3 enfants, vient

(1) Voir le numéro précédent.

d'une petite ville de la Loire (Grand-Croix) où sévit la fièvre typhoïde. Au bout de huit jours de son arrivée dans le Jura, elle a des maux de tête et manque d'appétit. C'est le 1er septembre 1889. Le 3 septembre, frissonnements, maux de tête très violents. La malade qui donne le sein à un enfant de quelques mois, se voit obligée de le sevrer.

Les maux de tête sont si intenses qu'ils arrachent des cris à la malade. Elle a des bourdonnements d'oreille et souffre de la constipation.

Un médecin appelé, constatant une élévation thermique, ordonne 3 gr. d'antipyrine par jour.

L'antipyrine, au lieu de calmer les maux de tête, semble plutôt les augmenter. De la glace est appliquée sur le front sans résultat. La malade prend, sur les conseils de son médecin, outre l'antipyrine, quelques cuillerées d'une solution de sulfure de carbone, suivant la méthode de Dujardin-Beaumetz.

Nous voyons la malade le 13 septembre. Dans la nuit l'état avait été très grave. Un tremblement généralisé, même au repos, venait de durer quelques heures. Les extrémités étaient glacées. Une sueur froide couvrait le corps. Le pouls était très faible. Prostration énormé.

La malade n'avait pas absorbé plus d'une douzaine de grammes d'antipyrine.

L'examen nous révèle les particularités suivantes :

La malade est réchauffée; le ventre est souple ; la rate est augmentée de volume. Les urines contiennent beaucoup d'albumine. La malade n'avait presque pas uriné depuis deux jours. Pas de taches rosées. Le pouls, sans être très fréquent (108), bat faiblement.

T. m. (6 h.) (T. vaginale) 38,4 ; P. m. 108 ; T. s. (6 h.) 39,8 ; P.s. 112.

Prescription : Nous faisons immédiatement cesser l'antipyrine. Nous ordonnons du thé au rhum, une potion à l'extrait de quinquina, de l'eau vineuse, du lait.

Le 14 septembre. T. m. 39,5 ; P. m. 112 ; T. s. 39,8 ; P. s. 112. La malade a des sueurs abondantes. La prostration est moindre. Les selles ne sont obtenues que par des lavements.

Le 15. T. m. 39,4 ; P. m. 106 ; T. s. 39,6 ; P. s. 112. Les sueurs sont moindres. Le pouls reste très faible. Au niveau du voile du palais et sur les piliers antérieurs on constate quelques ulcérations irrégulières, larges, superficielles.

Prescription : Gargarismes et badigeonnages boriqués.

Le 16. T. m. 39,7; P. m. 112 ; T. s. 39,8 ; P. s. 106.

Le pouls de la malade est très variable. Tantôt il n'est qu'à 106, à d'autres moments, et sans motif appréciable, il monte à 120. On trouve quelques taches rosées sur le ventre. Le lait a été vomi.

La malade se plaint de difficultés d'uriner. La percussion révèle de la matité au niveau de la vessie. Immédiatement on sonde la malade, en prenant les précautions antiseptiques nécessaires, et on retire 1 litre 1/4 d'urine.

La constipation persistante est combattue par des lavements.

Prescription : 15 gouttes d'ergot Yvon matin et soir. On sonde la malade matin et soir. Lotions d'eau vinaigrée fraîche toutes les trois heures sur tout le corps.

Le 17. T. m. 39,6; P. m. 112; T. s. 39,6 ; P. s. 120.

Le 18. T. m. 39,5; P. m. 108; T. s. 39,5; P. s. 114.

Le 19. T. m. 39,5 ; P. m. 114 ; T. s. 39,7 ; P. 124. On continue de sonder la malade qui se plaint toujours de difficultés d'uriner. Le mari de la malade note l'irrégularité du pouls.

Le 20. T. m. 39,5; P. m. 120 ; T. s. 39,6 ; P. s. 124. Le pouls, toujours très variable, bat 140 à notre arrivée. Les battements du cœur sont faibles, les deux bruits semblables de timbre et d'intensité et les deux silences égaux en durée (embryocardie de Huchard). La malade a uriné sous elle. Râles humides aux bases du poumon et en arrière.

Prescription : Potion avec 50 centigr. de sulfate de quinine et 2 gr. 50 d'ergot. Ventouses sèches sur le dos. Champagne, 3 cuillerées de cognac dans du thé.

Le 21. T. m. 39,5 ; P. m. 120 ; T. s. 39,6 ; P. s. 126.

La malade urine sans difficulté. La vessie se vide. On cesse de sonder. Après les lotions d'eau vinaigrée, la malade ne se réchauffe pas.

Le 22. T. m. 39,3 ; P. m. 130 ; T. s. 40,2; P. s. 136. La malade s'affaiblit beaucoup. L'embryocardie est persistante. Les battements du cœur sont à peine perçus à l'oreille. A notre arrivée (10 h. matin), le pouls est à 150. Délire par instants.

Prescription : Une injection sous-cutanée d'éther à 10 heures du matin, à 4 heures et 11 heures du soir.

Une injection sous-cutanée d'ergot Yvon à 2 heures de l'après-midi et 2 heures du matin.

Le 23. T. m. 40,6; P. m. 134 ; T. s. 40,2 ; P. s. 140. Après chaque injection, le pouls devient un peu plus ample. Les urines sont fétides. Le pouls à notre arrivée (10 h. matin), est à 150, filiforme. Le ventre est ballonné.

Prescription : 5 injections d'éther dans les vingt-quatre heures. 2 injections d'ergot.

Le 24. T. m. 39,6 ; P. m. 124 ; P. s. 140. Délire continu. Prostration complète. La température n'est pas prise le soir, la famille craignant la mort de la malade d'un instant à l'autre. On a cessé les lotions d'eau vinaigrée.

Le 25. T. m. 39,9 ; P. m. 124; 124; T. s. 39,8 ; P. s. 128. Le second bruit du cœur est mieux timbré et se distingue du premier qui reste très faible. L'embryocardie a donc cessé. La connaissance revient un peu.

Prescription : On ne donne plus qu'une piqûre d'éther matin et soir. On continue les 2 injections d'ergot. On reprend les lotions d'eau vinaigrée.

Le 26. T. m. 39,6; P. m. 130; T. s. 39,8; P. s. 130. La malade a un peu dormi la nuit. Le ventre est moins ballonné. Le pouls est plus fort.

Le 27. T. m. 39,2 ; P. m. 120 ; T. s. 39,3 ; P. s. 124. Les mêmes variations persistent dans le pouls qui bat 140 à notre arrivée. Un lavement donné la veille n'a été qu'imparfaitement rendu. Le ballonnement du ventre a augmenté. Râles humides aux deux bases et en arrière. Urines involontaires. Vomissements alimentaires.

Le 28. T. m. 39,6 ; P. m. 128 ; T. s. 39,7 ; P. s. 124.

La malade peut avaler un peu de lait, sans le rendre. Les râles ont disparu des bronches.

Prescription : On continue une injection d'éther, et une injection et demie d'ergot.

Le 27. T. m. 39,7 ; P. m. 120 ; T. s. 39,6; P. s. 120. Le ballonnement du ventre a disparu. La connaissance revient. Somnolence.

Prescription : On ne donne plus qu'une piqûre d'éther et une d'ergot.

Le 30. T. m. 39,8 ; P. m. 120 ; T. s. 39,8 ; P. s. 124.

Le délire est moindre. La constipation est opiniâtre.

Prescription : Une piqûre d'éther et une d'ergot. Potion avec 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 1er octobre. T. m. 39,5 ; P. m. 126 ; T. s. 39,6; P. s. 120. Râles sous-crépitants abondants à la base du poumon droit et en arrière.

Le 2. T. m. 39,7; P. m. 120; T. s. 39,7; P. s. 118. Constipation persistante.

Prescription : Un verre d'eau d'Hunyadi-Janos. On cesse les piqûres d'ergot et d'éther.

Le 3. T. m. 39,9; P. m. 124 ; T. s. 39,4 ; P. s. 126. Le verre d'eau de Janos de la veille ayant été vomi, on en redonne un nouveau verre lequel est suivi de 3 selles liquides.

Le 4. T. m. 39,7 ; P. m. 132 ; T. s. 40; P. s. 132. Les battements du cœur restent très faibles. Le pouls monte fréquemment à 140 et 150 pulsations.

Prescription : Une demi-injection d'ergot.

Le 5. T. m. 39,8 ; P. m. 124 ; T. s. 39,4 ; P. s. 120. Le délire revient, agité. La malade veut se lever. Elle se croit double ; son corps est divisé en deux. Les cheveux, les mains ne lui appartiennent que du côté gauche. L'*autre* est propriétaire du côté droit. Avant de boire, elle s'inquiète si l'*autre* a bu. Ce n'est pas à elle qu'on pose les ventouses ; c'est à l'*autre*, et elle s'apitoie sur le sort de cette *autre*. Ce dédoublement de la personnalité est la caractéristique de son délire pendant la plus grande partie de la maladie.

Prescription : Enveloppements dans un drap mouillé (eau à 15 degrés) pendant deux à trois minutes au moment de l'agitation. Quand la malade est plus calme, on se contente des lotions.

Le 6. T. m. 39,5 ; P. m. 120 ; T. s. 39,4 ; P. s. 124. Après deux enveloppements dans le drap mouillé, la malade a été plus calme. Délire tranquille.

Le 7. T. m. 39,4 ; P. m. 116 ; T. s. 39,4 ; P. s. 120.

On continue de donner une demi-injection d'ergot. Les râles de la poitrine ont disparu.

Le 8. T. m. 39,8 ; P. m. 128 ; T. s. 39,6 ; P. s. 128. Agitation excessive. La malade est enveloppée 3 fois dans le drap mouillé. Les pieds restent froids après les enveloppements.

On donne une injection d'éther et une d'ergot dans la nuit, tant le pouls est faible.

Le 9. T. m. 39,6 ; P. m. 128 ; T. s. 39,4 ; P. s. 124.

Le 10. T. m. 39,8 ; P. m. 128 ; T. s. 39,9 ; P. s. 136.

Une injection d'ergot est pratiquée chaque nuit.

Le 11. T. m. 39,1 ; P. m. 120 ; T. s. 39,6 ; P. s. 130.

Le 12. T. m. 39,7 ; P. m. 132 ; T. s. 39,6 ; P. s. 130. Râles sous-crépitants aux deux bases et en arrière. Délire continu.

Prescription : Lotions d'eau vinaigrée fraîche toutes les deux heures. Ventouses sèches matin et soir. Potion avec 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 13. T. m. 39,7 ; P. m. 130 ; T. s. 39,3 ; P. s. 140.

Le 14. T. m. 38,9 ; P. m. 120 ; T. s. 38,6 ; P. s. 130.

Suite d'un lavement, la malade a eu 5 selles fétides. Le délire est violent, l'agitation excessive. De crainte que le délire ne soit entretenu par le cognac que la malade absorbe dans du thé depuis plus d'un mois (3 cuillerées par jour), on interrompt le cognac. On continue le vin.

Le ventre est aplati. Les taches rosées ont disparu. Les ventouses sèches que redoute la malade sont remplacées par des cataplasmes sinapisés.

Le 15. T. m. 38,5 ; P. m. 120 ; T. s. 38,5 ; P. s. 130.

Le 16. T. m. 38° ; P. m. 120 ; T. s. 38,5 ; P. s. 124. Au milieu de la nuit, pour la première fois, la malade se plaint de battements de cœur lesquels sont précipités à ce moment. Les râles dans la poitrine ont à peu près disparu. Suite de lavement, il s'est produit une selle moulée.

On cesse les piqûres d'ergot.

Le 17. T. m. 38,5 ; P. m. 124 ; T. s. 38,5 ; P. s. 140.

Le 18. T. m. 38,1 ; P. m. 124 ; T. s. 37,9 ; P. s. 120. Nuits très agitées. Tremblement de tous les membres. A la base du poumon gauche, et en arrière, on perçoit une respiration soufflée, sans submatité nette, et sans râles (splénisation). Quelques râles à droite et en arrière.

Prescription : Potion avec ext. quinq. et musc. Pour la nuit une cuillerée de sirop diacode.

Le 19. T. m. 38,6 ; P. m. 120 ; T. s. 38,2 ; P. s. 130. La malade a en deux selles moulées.

Le 20. T. m. 38,1 ; P. m. 118 ; T. s. 38,1 ; P. s. 120. La respiration soufflée semble moins étendue, les râles ont disparu. Délire persistant. Pendant notre visite, la malade se plaint tout à coup de battements de cœur. La respiration est courte, haletante, les inspirations sont précipitées. Nous sommes frappé par cette oppression subite non en rapport, par son intensité extrême, avec les signes pulmonaires relativement peu accentués. Les battements du cœur reprennent leur caractère fœtal. Le pouls est à 140.

Le 21. T. m. 37,7 ; P. m. 130 ; T. s. 38,3 ; P. s. 136. Pendant le sommeil la respiration est calme ; dès le réveil, elle reprend son caractère haletant.

Le 22. T. m. 38,1 ; P. m. 140 ; T. s. 38,6 ; P. s. 140. Les battements du cœur conservent le rythme fœtal. Respiration haletante.

Prescription : Une injection d'ergot, 2 injections de 25 centigr. de caféine suivant la méthode de Huchard.

Le 23. T. m. 37,7 ; P. m. 130 ; T. s. 38° ; P. s. 136. La malade est plus calme et respire bien. On lui donne un petit potage.

Prescription : Une injection de 25 centigr. de caféine. Une injection d'ergot.

Le 24. T. m. 37,9 ; P. m. 130 ; T. s. 38,1 ; P. s. 140. La respiration soufflée a disparu en arrière et à gauche. Les bruits du cœur sont mieux timbrés ; le second est plus éclatant. La malade se plaint de douleurs dans l'avant-bras gauche. (On n'avait pas pratiqué de piqûres à ce niveau.)

Le 25. T. m. 37,8 ; P. m. 124 ; T. s. 38,3 ; P. s. 134.

On a dû cesser les injections de caféine qui étaient douloureusement ressenties. On donne la caféine à l'intérieur (25 centigr. par jour).

Le 26. T. m. 38,3 ; P. m. 120 ; T. s. 38,9 ; P. s. 132. La température remontant, nous craignons une rechute. Nous sommes à ce moment au 54e jour de la maladie.

Le 27. T. m. 38,6 ; P. m. 120 ; T. s. 39,1 ; P. s. 132. Douleurs vives spontanées, exagérées par la pression et les mouvements, au niveau des masses musculaires de la face postérieure et interne des cuisses. La douleur du bras a disparu.

Le ventre se ballonne. Une selle fétide, non diarrhéique. La malade qui commençait à se nourrir de potages est remise au régime lacté.

Prescription : 1 gr. d'ergot Yvon par jour.

Le 28. T. m. 38,5 ; P. m. 136 ; T. s. 39,1 ; P. s. 132.

Le 29. T. m. 39° ; P. m. 132 ; T. s. 39,9 ; P. s. 150.

Prescription : On reprend les lotions d'eau vinaigrée. Une injection d'ergot. La caféine est cessée.

Le 30. T. m. 39,4 ; P. m. 140 ; T. s. 40,4 ; P. s. 144. Douleurs dans les muscles des deux cuisses. Pas d'empâtement à la pression. Pas de diarrhée. Les selles sont demi-liquides, blanchâtres, suite de lavements.

Le 31. T. m. 40,1 ; P. m. 148 ; T. s. 40,5 ; P. s. 152. Agitation.

Prescription : Une injection d'ergot. Potion avec musc, et extr. quinq. On recommence les enveloppements dans les draps mouillés.

1er novembre. T. m. 40,2 ; P. m. 150 ; T. s. 40,5 ; P. s. 152. Les battements du cœur reprennent le caractère fœtal.

Le 2. T. m. 40,2 ; P. m. 152. T. s. 40,4 ; P. s. 158.

Dans la nuit, le pouls a dépassé 160 pulsations. Ventre ballonné. Malade plus calme.

Prescription : On cesse les enveloppements dans le drap mouillé et on revient aux lotions vinaigrées toutes les deux heures.

Le 3. T. m. 40,1 ; P. m. 148 ; T. s. 40,2 ; P. s. 152,

Prescription : Une 1/2 injection d'ergot.

Le 4. T. m. 39,8 ; P. m. 146 ; T. s. 40,3 ; P. s. 144. Les nuits sont agitées. Le pouls, quoique fréquent, est moins faible. Le second bruit du cœur est mieux timbré.

Le 5. T. m. 39,8 ; P. m. 146 ; T. s. 40 ; P. s. 140. Ventre ballonné. Pas de taches rosées. Les urines redeviennent fétides. Une selle normale, non diarrhéique, suite du lavement.

Le 6. T. m. 39,4 ; P. m. 136 ; T. s. 39,5 ; P. s. 138. Les douleurs dans les cuisses ont disparu. Pas de râles dans les bronches. Quelques rougeurs au sacrum.

Le 7. T. m. 39,3 ; P. m. 128 ; T. s. 39,4 ; P. 132.

Le 8. T. m. 39,3 ; P. m. 128 ; T. s. 39,8 ; P. s. 136. Ballonnement moindre du ventre. Les lavements amènent des selles solides.

Quelques râles humides à la base et en arrière du poumon gauche. Envies fréquentes d'uriner et douleurs pendant et après la miction. En raison de ce dernier phénomène on supprime les alcooliques. La malade avale de la tisane de graine de lin.

Le 9. T. m. 39°; P. m. 132; T. s. 39,7; P. s. 140. Les nuits sont beaucoup plus calmes.

Le 10. T. m. 38,6; P. m. 118; T. s. 39,7; P. s. 130. Les douleurs en urinant sont moindres.

Le 11. T. m. 38,7; P. m. 120; T. s. 39,5; P. s. 130.

Le 12. T. m. 38,1; P. m. 114; T. s. 39,4; P. s. 120. Les douleurs de la miction ont disparu.

Le 13. T. m. 38,3; P. m. 120; T. s. 39,2; P. s. 118.

Le 14. T. m. 38°; P. m. 112; T. s. 38,8; P. s. 120.

Le 15. T. m. 37,7; P. m. 110; T. s. 38,6; P. s. 114.

Le 16. T. m. 37,8; P. m. 120; T. s. 38,4; P. s. 116. La malade dort quelques heures la nuit. Les idées sont nettes. Délire très court de temps à autre.

Le 17. T. m. 37,8; P. m. 110; T. s. 38,3; P. 100. L'appétit revient. La malade commence à s'alimenter par quelques potages, des viandes blanches.

Le 18. T. m. 37,5; P. m. 100.

La malade se lève. Tous les jours on augmente sa quantité de nourriture.

Guérison. On est au 77e jour de la maladie.

## REVUE DES JOURNAUX

### SYPHILIS.

I. — SYPHILIS ET TUBERCULOSE, par le Dr A. ELSENBERG. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 6, p. 128.

II. — LE SYPHILOME DE LA VULVE, par le Dr J. V. HYDE. *Journal of cutan. and genito-urin. diseases*. Vol. VII, nos 4 et 5.

III. — UN CAS DE PARÉSIE DE L'ŒSOPHAGE, SYMPTOMATIQUE D'UNE SYPHILIS DES CENTRES NERVEUX, par le Dr W. RUNEBERG. *Finche Läkänshop Handling*. T. 31, fasc. 6 et *Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 8.

IV. — UN CAS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE, par le Dr G. HARRISON-YOUNGE. *British medic. Journal*, 23 novembre 1889.

V. — UNE ÉPIDÉMIE DE SYPHILIS TRANSMISE PAR TATOUAGE, par le Dr F. R. BARKER. *Ibidem*. 4 mai 1889.

VI. — UN CAS DE CHANCRE PRIMITIF DE LA JOUE, par le Dr W. ANDERSON. *Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1889, n° 5.

VII. — UN CAS DE DYSENTERIE GRAVE, A LA SUITE D'INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES DE CALOMEL, CHEZ UNE FEMME QUI AVAIT CONTRACTÉ LA SYPHILIS PAR LE DOIGT, par le Dr HERMANN. *Deutsche medic. Wochenschrift* 1890, n° 14, p. 295.

VIII. — UN CAS D'EMPOISONNEMENT MORTEL PAR LE MERCURE, A LA SUITE D'INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'HUILE GRISE, par le professeur KAPOSI. *Centralblatt für Therapie*, mai 1890, p. 311.

I. — Après avoir rappelé les opinions émises par différents auteurs, touchant l'influence réciproque que peuvent exercer l'une sur l'autre la syphilis et la tuberculose quand elles se rencontrent chez le même individu, M. Elsenberg relate un intéressant exemple de ce genre d'association morbide, dont voici un résumé succinct :

Un homme de 27 ans, porteur de lésions tuberculeuses du sommet gauche, lésions déjà anciennes, contracte la syphilis. Il est soumis à un traitement par les injections intra-musculaires d'une préparation mercurielle. Les manifestations de la syphilis se dissipent pour un temps, puis réapparaissent sous une forme grave : ulcères ecthymateux, gommes sous-cutanées, sarcocelle. En même temps, la tuberculose progresse; elle envahit l'intestin, et le malade succombe dix-huit mois après la contamination syphilitique, consumée par la fièvre hectique et la diarrhée profuse.

Or, l'examen histologique des différents foyers morbides a fait découvrir partout, des *bacilli tuberculosi* en très grand nombre. Du côté des poumons et de l'intestin, la chose n'avait rien d'étonnant, le malade ayant présenté tous les symptômes d'une tuberculose pulmonaire et intestinale, et la présence de ces mêmes bacilles dans les crachats du malade ayant été constatée jusque dans les derniers temps de la vie. Dans les nodosités du foie et de la rate, leur présence paraissait déjà moins naturelle; cependant, la structure des gommes et des tubercules miliaires de ces deux organes est la même, ainsi que l'ont fait ressortir certains histologistes. Des nodosités sous-cutanées, occupant les régions du larynx et du thorax et qu'à première vue, on eût pu prendre pour des gommes, ont été également reconnues pour des tubercules d'après la seule présence des bacilles spécifiques.

L'épididyme et le cordon spermatique étaient envahis par des lésions caséeuses de vieille date, qu'il y avait tout lieu de considérer, *a priori*, comme étant tuberculeuses. Il n'en était plus de même du sarcocelle, manifestation relativement fréquente de la syphilis, qui ne se développe que très exceptionnellement sous l'influence de la seule tuberculose, et qui, chez le malade en cause, était survenue dans les derniers temps de la vie. Ici encore, la constatation des bacilles spécifiques a permis de rattacher à la tuberculose une lésion que sans cela l'histologiste le mieux exercé eût pris pour un sarcocelle syphilitique.

Enfin, dernier détail et non le moins intéressant : une éruption ulcéreuse, ayant tous les caractères d'une syphilide, apparaît chez le malade, en différentes régions du corps; elle disparaît en majeure partie sous l'influence du traitement spécifique, laissant à sa suite des cicatrices minces, pigmentées. Or, quelques-unes de ces ulcérations, à caractères nettement ecthymateux, ne se cicatrisent pas; elles n'ont rien de l'aspect extérieur d'une éruption tuberculeuse, et cependant, l'examen histologique fait découvrir, au siège de ces ulcérations, des bacilles de la tuberculose.

L'auteur voit dans ces faits la preuve que les produits morbides de la syphilis constituent un excellent terrain et un point d'appel pour les bacilles de la tuberculose, opinion qu'avaient déjà émise Potain et Cantani, au sujet de l'influence de la syphilis sur le développement de la tuberculose pulmonaire. C'est ainsi que la peau qui, à l'état normal, est un mauvais terrain pour la végétation des *bacilli tuberculosi*, peut se transformer en un milieu propice à la pullulation de ces microbes, lorsqu'elle est envahie par des ulcérations syphilitiques.

II. — M. Hyde relate 7 observations inédites de syphilome de la vulve. L'étude de ces faits lui a suggéré cette conviction : que beaucoup de prétendus cas de lupus vulgaire ou d'esthiomène des organes génitaux chez la femme n'étaient vraisemblablement que des exemples de syphilome vulvaire. M. Hyde mentionne comme caractères de grande valeur, de ces manifestations tertiaires de la syphilis, la forme serpigineuse des ulcérations, l'absence d'infiltration et d'ulcérations sur le revêtement externe de la vulve, la coexistence de syphilides cutanées tertiaires. Il y a lieu aussi de tenir compte de ce fait que les lésions en cause se rencontrent chez des femmes et des jeunes filles qui ont dépassé l'âge de la puberté, qui ont eu des rapports sexuels, dans les antécédents desquelles on relève des détails propres à faire soupçonner une contamination

syphilitique antécédente. Il est à noter, à ce propos, que le prétendu lupus vulvaire est fréquent surtout chez les prostituées dont l'âge est compris entre 23 et 40 ans.

On pourrait objecter que cette affection est extrêmement tenace et résiste habituellement au traitement spécifique. Mais l'extrême chronicité du mal trouve sa raison d'être dans les nombreuses irritations chimiques et mécaniques auxquelles sont exposées les parties affectées. Lorsque l'on a soin de combiner le traitement spécifique avec un traitement topique confié à des mains exercées et destiné à supprimer l'irritation entretenue par les sécrétions morbides et physiologiques, on obtient toujours la guérison, à moins que par suite de sa longue durée, la maladie n'ait déjà occasionné des complications graves (fistules recto-vaginales, etc.).

Les observations de l'auteur montrent que très souvent, le syphilome de la vulve se complique d'altérations éléphantiasiques des grandes et des petites lèvres, de proliférations polypeuses (languettes) de la région ano-périnéale.

III. — L'observation de Runeberg concerne un homme qui, quatre ans après une contamination syphilitique, fut frappé d'une hémiplégie gauche. La paralysie se dissipa progressivement. A part un peu de céphalalgie, la santé de cet homme était devenue excellente. Puis, subitement, le malade fut pris de vertige, de vomissements et d'une dysphagie complète ; il ne pouvait plus avaler ni liquide ni solide. Sous l'influence d'un traitement par le mercure et l'iodure de potassium, ces accidents se sont dissipés peu à peu.

IV. — Harrison-Younge rapporte une observation de réinfection syphilitique, qui paraît très probante. La première contamination remontait à l'année 1882, et ses manifestations lointaines avaient fait leur dernière apparition en 1885. Puis, en 1889, le sujet a présenté de nouveau un chancre primitif bien caractérisé, accompagné d'un engorgement ganglionnaire indolent, suivi de l'éclosion d'une roséole, et de papules ulcérées sur la muqueuse buccale.

V. — Barker a publié l'intéressante relation d'une épidémie de syphilis par tatouage. Sur un total de 23 militaires appartenant au même régiment, et tatoués par un de leur camarade qui était affecté de syphilides ulcéreuses graves de la bouche, 12 ont contracté la syphilis ; 2 autres ont déserté ; 4 avaient eu antérieurement la syphilis : les 5 restants sont demeurés indemnes. Or l'enquête faite par l'auteur a démontré que chez ces derniers le tatouage avait eu lieu sans que, ni l'aiguille, ni la matière colorante eussent été en contact avec la salive de l'opérateur.

Détail intéressant : la période d'incubation a varié de 13 à 87 jours.

VI. — M. Anderson relate un cas de chancre primitif de la joue, survenu dans les circonstances suivantes :

Le porteur du chancre s'était fait sucer une légère blessure à la joue, par un sujet qui plus tard fut reconnu pour être en puissance de syphilis (papules spécifiques sur la muqueuse buccale). Au bout de trois semaines, une ulcération elliptique, de 1 1/2 à 2 pouces de diamètre, à base infiltrée, occupait le siège primitif de la blessure ; cette ulcération, à bords relevés, à surface rougeâtre et lisse, était indolente à la pression. Huit jours plus tard on constatait une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, marquée surtout du côté du chancre. Puis apparut une roséole, accompagnée de manifestations syphilitiques du côté du pharynx. Il fallut un traitement spécifique local et général de plusieurs mois de durée, pour venir à bout de tous ces accidents.

M. Anderson a insisté sur la grande analogie que présentait, chez son malade, l'ulcération de la joue avec un cancroïde, et il rappelle un cas où un chancre induré de la joue, pris pour un cancroïde, a donné lieu à une intervention opératoire, la véritable nature de la lésion n'ayant été reconnue que plus tard.

VII. — Une femme de 38 ans, s'était inoculé la syphilis à l'index de la main gauche, en assistant une parturiante syphilitique. L'accident primitif, méconnu d'abord, se compliqua d'une inflammation phlegmoneuse de tout le doigt. Le phlegmon fut incisé et traité par des applications antiseptiques. La partie moyenne de l'incision ne se cicatrisait pas. Pendant trois semaines on eut recourt à des cautérisations au nitrate d'argent, sans résultat. M. Cramer, qui vit la malade à ce moment, crut à une affection tuberculeuse, d'autant plus que le mari avait succombé récemment à la tuberculose pulmonaire. L'apparition d'une roséole syphilitique tira les choses au clair.

Lors d'une visite que lui avait faite cette femme, le médecin avait fait immerger le doigt malade, pendant quelques minutes seulement, dans un bain sublimé à 1/2 0/00. Le lendemain, la femme était en fort mauvais état, elle avait une salivation abondante, un peu d'albuminurie, et ses urines contenaient du mercure. Deux jours après, la femme était rétablie, sous l'influence du régime lacté et de gargarismes au tannin. En présence de cette extrême susceptibilité pour le mercure, le médecin crut devoir recourir à l'iodure de potassium, qui fut tout aussi mal toléré que l'avait été le sublimé. Là-dessus M. Cramer se décida à traiter sa cliente par les injections intra-musculaires de calomel en suspension dans de l'huile. Les injections furent répétées à des intervalles de huit jours. La quantité de calomel injecté chaque fois a été de 12 centigrammes. La réaction locale était faible, la douleur très supportable. Il n'y a pas eu de salivation. Déjà après la deuxième injection, l'éruption syphilitique était en voie de disparaître, et l'accident primitif se cicatrisait sous un pansement au calomel. L'état général s'était amélioré, ainsi que l'appétit.

Deux jours après la sixième injection, la malade était prise d'une salivation très abondante, avec stomatite, grande fétidité de l'haleine, fièvre (39°8). Le lendemain elle était en proie au ténesme rectal ; elle rendit des selles simplement diarrhéiques d'abord, puis sanguinolentes ; ses urines renfermaient une grande quantité d'albumine. La situation s'aggrava ; à la fièvre du début fit suite de l'hypothermie (35°8). Le pouls, à peine perceptible, battait 120 à 130 à la minute. La malade passait du délire à un état soporeux voisin du collapsus. On l'arracha peu à peu à cette situation grave, en lui administrant des toniques, des vins généreux et des stimulants (caféine, camphre, en injections sous-cutanées), des bains sulfureux suivis d'enveloppements chauds.

Il s'agissait, en somme, d'une entérite dysentériforme, occasionée par le mercure, après administration de cet agent sous la forme qui passe pour être une des plus inoffensives.

VIII. — L'observation de Kaposi concerne une femme de 46 ans, qui avait contracté un chancre de la vulve au mois de mai 1888. Le 15 septembre suivant elle entrait dans le service de Kaposi, pour une syphilide maculo-papuleuse généralisée. On lui fit, dans la région fessière, une première injection de 0,4 centimètres cubes d'huile grise, le 20 septembre, une seconde, de 0,2 centimètres cubes, le 27 septembre. Le lendemain, 20 septembre, la femme était prise de vomissements, avec un peu d'albuminurie. Le surlendemain tout était rentré dans l'ordre.

On continua le traitement. Du 4 octobre au 8 novembre on fit à la malade, six nouvelles injections d'huile grise ; la quantité totale d'huile injectée a éte de 2 cent. c. 15. Puis survint une stomatite grave, avec œdème de toute la région sous-maxillaire, compliquée d'une diarrhée dysentériforme et d'albuminurie, accidents que rien ne put enrayer. La femme succomba le 19 décembre. A son autopsie on a trouvé une nécrose de la muqueuse des joues et de la langue, une entérite ulcéreuse, et une néphrite. De plus, on a pu extraire des muscles fessiers 69,5 0/0 de la quantité de mercure injectée, preuve qu'une faible partie seulement du métal avait été résorbée.

Trois autres observations, citées par Kaposi, attestent les dangers des injections de calomel.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### MALADIES DES ENFANTS

Essai sur les manifestations et les complications buccales de la rougeole chez les enfants, par Edm. Cauvet. (Th. Paris, 1889.)

Au cours de la rougeole, deux sortes de lésions peuvent prendre place dans la bouche.

Les unes sont sous la dépendance de l'infection rubéolique même.

Les autres n'ont aucun rapport direct avec la rougeole. Ce sont des complications surajoutées.

Les manifestations qui sont produites par l'injection morbilleuse sont de deux ordres.

1° L'érythème buccal, véritable exanthème, qui se montre en général en même temps que le catarrhe nasal, et consiste tantôt en un piqueté rouge, tantôt en une simple rougeur un peu plus accentuée de la langue. Cet érythème est souvent suivi de desquamation linguale.

2° La stomatite folliculaire, due à une hypersécrétion glandulaire avec obstruction du canal excréteur, coïncidant d'ordinaire avec des phénomènes analogues du côté de la peau, c'est-à-dire avec la miliaire. L'auteur se demande si le poison rubéolique éliminé par les glandes ne produit pas ces phénomènes.

Quant aux complications de la bouche surajoutées à la rougeole, elles sont de nature et de gravite diverses.

1° Le mugnet qui se rencontre de préférence chez les nourrissons rubéoliques.

2° Les aphtes, dont le siége de prédilection est d'abord la langue, puis les lèvres et la face interne des joues.

3° La stomatite ulcéreuse qui, tantôt succède à la rupture des aphtes, tantôt résulte d'une véritable infection surajoutée.

4° La diphterie qui, ainsi que l'ont établi Roux et Yersin, peut se développer partout où il y a desquamation épithéliale. Nous avons vu plus haut qu'il existe fréquemment une desquamation linguale consécutive à l'érythème buccal. Il n'est donc pas étonnant que la diphtérie dans la rougeole s'attaque primitivement à la langue, qui ne lui est pas habituel.

5° La gangrène de la bouche, complication grave et aujourd'hui fort rare. Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Pour éviter tous ces accidents, les lavages antiseptiques de la cavité buccale (solution saturée d'acide borique) rendent de grands services.

Ces lavages doivent être faits, dès le début de la maladie, alors même qu'il n'y a simplement qu'un léger degré de stomatite érythémateuse.

On comprend que tous ces soins ne peuvent être donnés que dans un hôpital. A la campagne, le médecin n'est guère appelé pour des rougeoles. Heureusement que les complications buccales graves y sont tout à fait exceptionnelles.

De la lithiase biliaire dans l'enfance par Gustave Gourdin Servenière. (Th. Paris, 1889.)

Ce travail attire simplement l'attention sur la lithiase biliaire dans l'enfance qui, tout en étant bien moins fréquente que chez l'adulte et le vieillard, n'est pas absolument exceptionnelle.

Les enfants réagissent vis-à-vis de cette affection de la même manière que les adultes et ne présentent aucun symptôme particulier. Le diagnostic peut être rendu plus difficile par ce fait que les tout jeunes sujets localisent moins bien la douleur. Chez les nouveau-nés, la lithiase biliaire est chose grave. Dans 8 cas signalés par l'auteur, la mort s'en est suivie.

## BULLETIN

### Traitement antiseptique des pleurésies purulentes.

Dans notre précédent bulletin, nous avons mentionné un remarquable travail de M. Netter concernant les différentes variétés de pleurésies considérées au point de vue bactériologique. Nous avons dit que, dès à présent, il se dégage de ces recherches un certain nombre de notions précises d'autant plus importantes à connaître qu'elles comportent une application thérapeutique presque immédiate. Une communication récente de M. Laveran vient en quelque sorte donner à ces faits l'intérêt de l'actualité, en remettant sur le tapis la question du rôle des antiseptiques dans le traitement des pleurésies purulentes. *A priori*, il semble que personne ne puisse contester l'opportunité des injections antiseptiques, quand il s'agit de nettoyer une plèvre inflammatoire et d'expulser les produits de suppuration qui encombrent sa cavité. L'exemple tiré de la pratique chirurgicale, qui utilise couramment le lavage des cavités séreuses, pourrait au besoin justifier à lui seul une semblable méthode. De fait, un certain nombre d'essais de ce genre ont été déjà tentés : mais il s'en faut que les résultats de l'expérience soient ici absolument d'accord avec les enseignements de la théorie.

C'est que, suivant la juste remarque de M. Laveran, l'évacuation du pus par la simple ponction dans le cas de pleurésie suppurée est un procédé incomplet, avec lequel on est à peu près sûr de laisser une certaine partie de l'exsudat stagner dans les parties déclives de la cavité. Le lavage antiseptique ne remédie pas complètement à cet état de choses et dès lors il y a chance pour que l'épanchement se reproduise et cela après chaque nouvelle tentative d'évacuation par le même moyen. L'opération de l'empyème est précisément née de cette insuffisance démontrée de la ponction simple. Elle constitue déjà un progrès notable sur celle-ci, mais elle n'est pas exempte de reproches, dont le principal est de laisser subsister le vide créé par la rigidité des côtes et la rétraction permanente du poumon. L'opération d'Estlander a eu pour but de remédier à ce dernier inconvénient, fort grave par lui-même puisqu'il entraîne la perpétuation de l'épanchement et la formation d'une fistule persistante. Mais elle est passible aussi de différentes critiques. En outre du délabrement et de la déformation tho-

raciques qui en sont la conséquence, elle ne parvient pas toujours à supprimer le vide dont l'existence constitue le principal écueil dans la curation définitive des épanchements purulents de la plèvre.

La valeur de ces diverses objections est positive et ne saurait donc être contestée. C'est pourquoi M. Laveran se prononce, d'une manière générale, en faveur de la *thoracotomie* pratiquée de bonne heure, de préférence à la ponction simple suivie ou non du lavage de la cavité pleurale suppurée : l'opération comportant d'autant plus de chances de succès qu'elle sera faite plus près du début de la maladie, c'est-à-dire à un moment où le poumon est encore libre de toute adhérence capable de gêner son expansion ultérieure. Mais cette méthode est-elle applicable indistinctement à toutes les variétés de pleurésies? C'est ici précisément que s'affirme l'importance des données fournies par M. Netter. D'après ces données, il est une certaine catégorie de pleurésies purulentes qui ne sauraient guérir par l'évacuation simple : ce sont les pleurésies d'origine putride (fistule abdominale, gangrène pulmonaire) et les pleurésies à streptocoques. Le traitement qui leur convient est celui de toutes les suppurations septiques que l'on ne guérit que par l'incision large et à ciel ouvert. Quant à la pleurésie dite à *pneumocoques*, les recherches de M. Netter ont montré sa bénignité relative et on peut croire que la ponction suivie de lavage serait suffisante vis-à-vis d'elle, mais à la condition d'être pratiquée de très bonne heure, aussitôt que le diagnostic aura été confirmé. Quant aux pleurésies tuberculeuses, la disposition enkystée qu'elles présentent si souvent constitue une circonstance défavorable pour la thoracotomie et c'est à elle particulièrement que s'adresse la ponction suivie de lavages. On comprend donc l'importance des notions tirées de l'origine et de la nature bactériologique de l'épanchement : mais on comprend aussi qu'elles ne puissent être utilisées que par un examen préalable du liquide pleural. Par conséquent toute intervention curatrice devra être précédée d'une ponction exploratrice qui permettra de reconnaître à quelle variété de microbes pathogènes on a affaire et c'est d'après cette donnée que l'on décidera du mode de traitement.

En ce qui concerne le choix des substances antiseptiques qui conviennent pour la pratique des injections intra-pleurales, on peut dire en principe que la meilleure serait celle qui, à des propriétés microbicides reconnues, joindrait l'absence complète de toxicité : conditions d'ailleurs indispensables quand il s'agit d'une surface d'absorption aussi considérable que la plèvre. C'est dire qu'il convient d'éliminer par avance de cette liste les antiseptiques tels que le sublimé et l'acide phénique dont l'introduction dans le torrent circulatoire peut être la source d'accidents graves. La préférence devra être réservée aux médicaments qui, en dehors de leur pouvoir antiseptique reconnu, sont à peu près inertes; tels sont l'acide borique, le salol, la créoline, le naphtol ; la détermination du choix entre ces différentes substances devant d'ailleurs être motivée par des raisons d'un ordre secondaire, telles que le degré de solubilité.

Mais les recherches de M. Netter ne nous semblent pas seulement intéressantes sur le terrain de la clinique : elles paraissent également susceptibles d'une certaine application dans le domaine de la prophylaxie. En effet, si l'on admet comme démontrée la nature bactérienne de certaines variétés de pleurésies purulentes, on est conduit par là même à concevoir un certain nombre de moyens propres à prévenir l'introduction des germes pathogènes qui provoquent par leur présence cette transformation purulente de l'exsudat. Dans la pratique la réalisation de ces moyens doit présenter de grandes difficultés, car nombreuses sont les occasions qui permettent aux microbes venus du dehors de s'insinuer à travers les bronches et de cheminer ainsi jusqu'à l'enveloppe du poumon Pourtant on peut croire que certaines précautions auraient à ce point de vue leur incontestable utilité, par exemple, le lavage antiseptique répété de la bouche qui est le réceptable habituel d'une foule d'espèces pathogènes. Pour des raisons analogues, on doit conseiller encore aux individus atteints de pleurésie simple d'éviter le voisinage des maladies infectieuses (érysipèle, fièvre puerpérale). Il est vrai que cette dernière recommandation ne sera pas compatible de longtemps avec la promiscuité forcée des salles d'hôpital: mais elle est d'une application plus facile dans la clientèle civile et on peut espérer, grâce à elle, réduire la statistique de cette affection redoutable qui s'appelle la pleurésie purulente.

P. MESELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

— Pour les manœuvres d'automne, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve aura lieu dans les conditions suivantes :

230 médecins aides-majors de 1re ou 2e classe, 36 médecins-majors de 2e classe seront désignés, quel que soit leur domicile, par les généraux commandant les corps auxquels ils sont affectés.

Les demandes de dispenses d'appel devront être adressées à ces officiers généraux.

— On sait qu'aux termes d'une communication de M. de Freycinet le service sanitaire de l'armée française enverra des délégués pour assister an Congrès international de médecine qui se tiendra, au mois d'août, à Berlin.

Les délégués, médecins militaires, sont: 1° M. Kelch, médecin principal de 1re classe, professeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire; 2° M. Régnier, médecin principal de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de Nancy; 3° M. Schneider, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre; 4° M. Nimier, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire.

— M. le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons de clinique thérapeutique à cet hôpital le mercredi 4 juin, à 9 h. 1/2 et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera cette année, de la thérapeutique des maladies de l'estomac.

Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie par les docteurs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire.

Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

— La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE a tenu sa séance solennelle, sous la présidence de M. Charles Muteau, conseiller à la cour d'appel de Paris. Après avoir entendu l'allocution de M. Charles Muteau, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M le Dr A. Motet, le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné: Une médaille de vermeil à MM. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques et à Nicolas Flamant, chef de service à Choisy-le-Roi. 137 diplômes de membre associé honoraire; 13 médailles d'argent; 445 médailles de bronze; 181 diplômes de témoignage de satisfaction; 10 livrets de caisse

d'épargne postale d'une importance totale de 120 francs, avec diverses publications de la Société et 1,320 exemplaires de l'avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Beauvoisin, instituteur à Villy-Bocage (Calvados), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

— La cérémonie commémorative du VIe centenaire de l'Université de Montpellier a été célébrée avec éclat, en présence du président de la République et de nombreux représentants de Facultés françaises et étrangères.

Les lauréats du prix Bouissou ont été proclamés : 11 mémoires avaient été remis. Le 1er prix (6,000 francs) est décerné à M. le Dr Bouillet (de Béziers) ; le 2e prix (4,000 francs) à MM. les docteurs Blaise et Bonnet (de Montpellier).

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Sont nommés : MM. Guillemain, Jacob, Arron, La Fourcade, Blaise.

PROSECTORAT. — La première séance du concours est reportée au lundi 2 juin, à midi 1/2.

## NOUVELLES

*Corps de santé de la marine.* — Par décret, en date du 10 mai 1890, M. le Dr Ehrmann, médecin auxiliaire de deuxième classe, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

***

*Asiles d'aliénés.* — Un arrêté du ministre de l'intérieur décide que le personnel médical de l'asile public de Ville-Evrard, qui se composait de deux médecins en chef et de deux médecins adjoints comprendra dorénavant trois médecins en chef et un médecin adjoint.

Le Dr Kéraval, médecin adjoint, est nommé à l'emploi de troisième médecin en chef créé dans cet établissement,

***

*Ecole de médecine de Tours.* — Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à cette école, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un moins avant l'ouverture dudit concours.

***

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — Par décret en date du 20 mai 1890. M Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

## HYDROLOGIE

DES

### EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, ne les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer ; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journaliéra des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle ; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente ; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstort, et les autres qui non viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgati énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que, pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et quel était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

61e Année. 7e Série. Tome VII N° 23 7 Juin 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS



Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).



## MEDECINE PRATIQUE

Hôpital Necker. — Service du professeur Guyon.

### DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA VESSIE

(Leçon clinique, recueillie par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Il y a longtemps déjà que j'ai appelé votre attention sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie ; parmi tous les symptômes par lesquels ils se manifestent, vous vous rappelez qu'il en est un d'une importance capitale : c'est l'hématurie. Si vous observez avec soin son mode d'apparition, ses retours, son abondance, vous pouvez d'emblée éliminer toutes les autres affections des voies urinaires qui se traduisent par des pissements de sang.

En effet, le caractère dominant des hématuries des néoplasmes vésicaux est leur spontanéité. Tout à coup, sans aucun signe prémonitoire, un malade rend des urines rouges, également teintées pendant toute la durée du jet ; ordinairement, ce phénomène se reproduit pendant plusieurs mictions successives, puis, l'hématurie cesse brusquement, comme elle était apparue. Un temps plus ou moins long s'écoule avant qu'une deuxième crise hématurique reparaisse ; cet intervalle est ordinairement de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, parfois de quelques années. Tôt ou tard, une seconde hémorragie se reproduit, toujours brusque, spontanée, ne s'accompagnant d'aucune douleur ; puis, après un nouvel intervalle, ordinairement plus court, les crises se rapprochent et l'abondance des hématuries augmente ; dans un assez grand nombre de cas une cystite vient interrompre cette marche régulière.

Si telle est, très rapidement présentée, l'évolution ordinaire de ce symptôme, il existe des exceptions et des variantes, dont je me propose de vous entretenir aujourd'hui. Les exceptions sont rares ; vous en avez cependant vu un exemple récemment dans nos salles et j'ai opéré devant vous un malade qui n'avait jamais uriné de sang ; à ce fait, je ne puis, sur le très grand nombre de néoplasmes que j'ai eu sous les yeux, en joindre que deux autres.

Ces trois faits exceptionnels ne méritent pas moins d'être retenus, sans qu'on doive y attacher une très grande importance ni détourner son attention des symptômes rencontrés dans l'immense majorité des cas. C'est alors l'endoscope auquel vous aurez recours ; nous aurons à revenir sur ce procédé d'exploration.

L'hématurie apparaît toujours spontanément ; mais ici de grandes différences existent ; tantôt elle s'installe d'emblée définitivement et le sang va continuer à couler sans interruption pendant des semaines et des mois, et dans quelques cas, jusqu'à la mort du malade, épuisé par ces pertes incessantes. A cette catégorie appartient un malade que vous avez vu dans nos salles et chez lequel l'hématurie avait duré trois mois ; bien que ma conviction soit faite depuis longtemps sur

## FEUILLETON

### ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

L'appel de 260 médecins territoriaux du 28 avril au 10 mai ; leur désignation par les commandants de corps d'armée. — Onguents et codex. — La statistique médicale de 1887. — La mort par phthisie rendue à la vie civile. — Diminution de la fièvre typhoïde et de la mortalité générale. — Le 101e bureau. — Un nouveau réglement sur le service de santé à l'intérieur. — Une cuisine décimale. — La *Gazette médicale de Paris* précurseur. — Simplifications logiques du directeur Dujardin-Beaumetz. — Une loi d'origine d'émancipation du corps de santé. — 239 hôpitaux ou hospices civils militarisés en 1890. — Affranchissement parallèle du commissariat pour le service de santé de la marine. — L'Ecole supérieure de santé de la marine. — 3 villes prennent chasse sur cette Ecole. — Les 9 arrondissements d'inspection médicale. — L'arrondissement pharmaceutique. — Comptables et infirmiers, officiers et troupe sanitaire. — Le caducée. — L'Etoile du berger et du boulanger d'intendance.

I

On n'a pas appelé de classes territoriales en 1890, mais on a convoqué des médecins territoriaux. Cela n'est pas pour déplaire à qui a toujours demandé cette instruction militaire obligatoire et le délassement par nos distingués confrères, du coupé au mois pour la selle anglaise. Tout, jusqu'aux vieilleries des formulaires, a dû leur être découverte pendant ces 13 jours.

Quelques-uns ont appris qu'il y a un onguent de la mère Thècle. Tous y ont acquis du Commandement. Après avoir prescrit une diète sévère au 3e étage, ils n'accorderont plus, sur le palier du 2e, une cuisse de poulet aux prières de la maman et au 1er un beefteak à celles non moins vives du papa. Leurs ordonnances prendront fermeté de consignes.

30 majors de 2e classe et 230 aide-majors de 1re et de 2e ont été appelés du 28 *avril au 10 mai* dans les 18 corps d'armée de France et dans les armes, infanterie, cavalerie et artillerie. Le choix des impétrants a été laissé au Commandant de corps d'armée. Je veux bien qu'en pratique celui-ci appelle en consultation son Directeur de santé et qu'ils se mettent d'accord sur le régime à suivre en déjeunant après le rapport.

la valeur des divers hémostatiques en présence d'un néoplasme, on avait cependant essayé diverses injections vésicales, entre autres des solutions de tannin dont le titre avait été porté jusqu'à 3 0/0, sans qu'on ait obtenu d'autre résultat qu'une irritation de la vessie.

J'opposerai à ce fait l'observation d'un autre malade et chez lequel la première hématurie remontait à plus de quatre ans ; la seconde n'avait eu lieu que deux ans après et enfin, de temps en temps apparaissaient des saignements peu abondants. Il y a quinze jours seulement, survint une hémorragie abondante.

En envisageant ces deux faits, il semble que dans le premier cas, dans celui où on a en affaire à une hémorrhagie si rebelle, il semble que la vessie ait été le siège d'un néoplasme étendu, volumineux, ulcéré ; que dans l'autre, au contraire, la tumeur soit restée petite et peu développée. Il n'en est rien, ainsi que vous pouvez le constater sur les pièces que je vous présente. L'autopsie du premier malade a montré qu'il s'agissait d'une toute petite production, d'une sorte de verrue pédiculée, de la grosseur d'une lentille ; l'autre malade, au contraire, a été opéré et j'ai enlevé une tumeur du poids de 60 grammes. Dans ces cas, en effet, ainsi que je l'ai déjà montré, la vessie tout entière participe au saignement, tant est grande la congestion développée autour de ces petits néoplasmes ; quant aux grosses tumeurs, elles ne s'ulcèrent pas.

Chez un autre malade, qui m'était adressé de Russie, la première hématurie remontait à sept ans, puis, de temps en temps survenaient des petites hémorrhagies qui se montraient surtout à la fin de la miction. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent ordinairement, et cette anomalie m'a été expliquée par les lésions trouvées au cours de l'opération ; une tumeur volumineuse siégeait sur le côté gauche de la vessie, mais, en plus, de petites tumeurs polypiformes occupaient la région cervicale ; irritées par les contractions vésicales de la fin de la miction, elles étaient vraisemblablement la source du sang mélangé aux dernières gouttes d'urine.

De telles hématuries sont caractéristiques et conduisent au diagnostic. La recherche des signes physiques, vient cependant apporter une confirmation importante. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'examen de la vessie avec une sonde métallique reste stérile le plus souvent ; elle donne des renseignements assez vagues, lorsqu'il s'agit d'une grosse tumeur ; elle ne révèle absolument rien, si la tumeur est petite, pédiculée. Il n'en est pas de même de l'exploration de la vessie, à l'aide d'une sonde molle, de caoutchouc rouge, dont la flaccidité rend le contact avec les parois vésicales tout à fait inoffensif. Après avoir lavé la vessie doucement et sans violence, on laisse la sonde en place un temps assez prolongé et on observe ; les dernières gouttes du liquide ressortent d'abord limpides ; puis au bout d'un certain temps, on voit des gouttes de plus en plus rouges sortir de la sonde, puis enfin du sang presque pur. Un tel phénomène, bien observé, est pathognomonique et ne peut révéler que la présence d'un néoplasme vésical. Je vous ai dit déjà combien ce signe était précieux pour établir le diagnostic différentiel entre les tumeurs du rein et celles de la vessie.

A ce dernier point de vue, l'examen endoscopique constitue une précieuse ressource. Des appareils très perfectionnés donnent aujourd'hui un bon éclairage et permettent d'explorer les diverses régions de la vessie ; dans beaucoup de circonstances on précise ainsi un diagnostic et on acquiert des notions exactes sur le siège, le volume, la forme, le mode d'implantation du néoplasme. Chez certains malades où il est difficile de décider si le sang provient du rein ou de la vessie, l'endoscope est utile ; il l'est plus encore dans les cas exceptionnels où la présence du néoplasme ne s'accompagne pas d'hématurie. On ne doit cependant pas exagérer l'importance de ses services ; s'il s'agit d'une tumeur d'un certain volume, il ne sert, ainsi que je l'ai montré, qu'à préciser le diagnostic ; si la production est petite, elle peut échapper à l'examen ; or, en face d'une hémorrhagie caractéristique, je n'hésiterai pas à diagnostiquer un néoplasme vésical, même si l'examen endoscopique resté négatif. L'erreur s'explique facilement par la petitesse même de la tumeur et dernièrement encore, après avoir ouvert la vessie par la taille hypogastrique et ayant toute sa surface interne sous les yeux, j'éprouvai quelque difficulté à trouver la toute petite production qui avait causé des hématuries graves, et je me demandai un instant si le néoplasme siégeait bien dans la vessie.

C'est donc encore et toujours l'hématurie que vous observerez avec la plus grande attention. Vous en surveillerez également l'abondance, la répétition ou la continuité. Sachez bien qu'il ne faut pas attendre trop longtemps avant de prendre

---

***

Mais, j'aimerais mieux un tour qu'on suivrait à la lettre moins et protectionniste. Je voudrais qu'on n'apprît aux médecins territoriaux que ce seul rôle de guerre qui sera leur, exclusivement. Cette territoriale, facétieusement dite de réserve, n'est réservée qu'au canon, au champ de bataille et non au Champ de Mars. Ses médecins devront être rompus à autre chose qu'à des parades et des passades, ils verront des blessures autres que des coups de pied de cheval et feront des certificats d'origine où l'ennemi sera rarement figuré par un quadrupède.

Il importe donc de leur donner des leçons de vraie guerre (3 échelons de secours, personnel, matériel, fonctionnement, service des évacuations), et non pas de les appesantir sur l'infirmerie, le baume d'Arcéus, les espèces amères, l'onguent digestif simple ou même de l'onguent digestif animé.

***

Il est vrai que, sous le code de ce codex alchimique, la mortalité dans l'armée va baissant. Mais ici il faut bien s'entendre. D'abord la cause n'en est que peu aux potions calmantes ou antispasmodiques, bouchées d'un petit cornet de papier, issues de ce milieu beneodorant, melliflu — et même éthéré — qu'on appelle la pharmacie dans un hôpital militaire ; l'hygiène, qui a moins de capsules, tubulures, pipettes et autres verroteries, est autrement contingente au résultat.

Puis, il faut lire de près, la Statistique de 1887, qui vient à son heure et de bonne heure, qui est d'une actualité de reportage comparée aux statistiques de l'intendance qui ne venaient en bonnes feuilles qu'une décade après les événements, sans doute pour écrire l'histoire un peu à son aise et pour qu'on ne puisse y contredire.

Mais enfin, si invraisemblablement jeune que soit une statistique qui n'a que deux ans et demi, elle n'en montre pas moins quelque cautèle pour son âge.

Ainsi la mortalité par phthisie est bien en 1887 de 0,99 pour 1000 tandis qu'en 1880 elle était de 1,24 — très bien, mais les réformes de 1887 sont de 3,36 et en 1880 de 2,7 seulement. Au total mortalité et réformes on trouve 3,94 contre 4,35 en 1887. Voilà qui me gâte la diminution des décès. Il est évident qu'on peut annihiler la mortalité à l'hôpital, en lui substituant la mortalité en famille ;

une décision opératoire ; lorsque les hémorrhagies se prolongent ou se répètent, les malades s'anémient rapidement et l'opération devient dangereuse par elle-même. J'ai présents à l'esprit quatre ou cinq malades que j'ai opérés, après des pertes de sang considérables, et qui ont succombé, soit pendant l'opération, soit quelques heures après. Dès que votre diagnostic sera posé avec certitude et que les symptômes vous paraîtront commander une intervention, proposez l'opération au malade et pratiquez-la sans laisser passer le moment opportun.

Je ne vous dirai aujourd'hui que quelques mots d'anatomie pathologique; les pièces que je fais passer sous vos yeux sont des exemples de tumeurs nettement pédiculées, et ayant acquis un certain développement. D'autres pièces que vous voyez également ici représentent de petites tumeurs, grosses comme un pois ou une lentille et supportées par un pédicule très grêle. Cette disposition est fréquente, mais il n'en est pas toujours ainsi et nous aurons à parler bientôt des productions sessiles, s'étalant sur la muqueuse vésicale. La consistance de ces tumeurs est mollasse ; elles sont friables et s'écrasent facilement entre les doigts ou les mors d'une pince.

Quant à leur structure histologique, j'ai établi depuis longtemps qu'il s'agissait d'épithélioma dans la plupart des cas. Les travaux de mes élèves sont venus confirmer cette manière de voir. Dans un relevé fait il y a plusieurs années, j'ai trouvé 19 épithéliomas sur 22 tumeurs opérées par moi. Depuis lors, cette proportion ne s'est guère modifiée. On a dit ailleurs, en se basant sur des travaux d'une haute valeur, que le plus grand nombre de ces productions vésicales étaient des papillomes : après un examen superficiel, on pourrait se ranger à cette conclusion ; mais si vous jetez un coup d'œil sur ces deux planches, vous vous rendrez compte de la cause de l'erreur. Ces deux figures représentent, vues à un fort grossissement, deux parties de la même tumeur vésicale ; la première est une coupe pratiquée vers la partie terminale de la saillie, la seconde, une section près de la base. Or, vous reconnaissez dans l'une la structure d'un papillome, dans l'autre celle d'un épithélioma. Ce fait n'est pas exceptionnel et beaucoup de ces tumeurs sont mixtes ; elles obéissent toutes à une règle générale, c'est toujours à la base qu'on rencontre la structure épithéliomateuse. Même dans les petites tumeurs, on aperçoit au centre du mince pédicule qui les relie à la vessie, une traînée de ce tissu qui se prolonge jusqu'à dans la muqueuse. Ce serait donc faire une besogne incomplète que de se borner à extirper la partie supérieure et flottante de ces productions verruqueuses.

La clinique vient d'ailleurs confirmer les résultats donnés par le microscope ; après l'ablation de ces tumeurs, si petites qu'elles soient, la récidive est la règle. Mais cette récidive est plus ou moins retardée et peut l'être indéfiniment; des cas existent où après plusieurs années il n'y a pas trace de repullulation. Quoique rares, ces succès thérapeutiques sont encourageants ; ils ont été obtenus grâce à un diagnostic précoce qui permet une opération hâtive. Je me hâte de déclarer ici qu'un tel diagnostic précoce trouve une utile confirmation dans l'emploi de l'endoscope.

Une opération est donc efficace, soit que vous vouliez tenter une cure radicale, soit que vous ne la considériez que comme un palliatif qui assure une survie plus ou moins longue au malade et qui surtout diminue ses souffrances. Aujourd'hui, je me bornerai seulement en terminant à retracer quelques détails de la technique opératoire.

La voie hypogastrique ayant été choisie et les premières incisions pratiquées, on arrive sur la vessie dont le globe fait saillie entre les lèvres de la plaie. Un des points les plus importants pour les manœuvres ultérieures, est d'avoir un champ bien découvert et il faut s'y préparer d'avance ; j'ai proposé pour cela de traverser chacune des lèvres de la plaie avec un fil de soie qui permet de les attirer en haut et en dehors, de les rendre béantes et de permettre des manœuvres étendues. Mais cette transfixion est quelquefois difficile, les parois vésicales ayant une tendance à se rétracter, après l'incision. Or, dans les cas de tumeurs vésicales, il est nécessaire d'être rapidement maître de la vessie, car les parois sont très vasculaires et souvent des artères d'un calibre notable fournissent abondamment. On a conseillé de faire passer les fils au travers du globe vésical, au moyen d'une aiguille très courbe, avant de pratiquer l'incision ; ce procédé m'a donné de mauvais résultats. J'arrive à agir rapidement et sûrement de la façon suivante : je pratique à la partie supérieure de la vessie une ponction avec le bistouri, dans une étendue à peine suffisante pour laisser passer l'index ; je suis ainsi certain de soulever la vessie et en l'attirant en haut je passe un fil de soie dans l'une et l'autre lèvre de la plaie vésicale ; la vessie

---

il suffirait de rendre tous les phthisiques « à la vie civile » ou plutôt, les pauvres enfants, à la mort civile.

***

Cependant, il y a vraisemblance qu'avec le service de 3 ans, la sélection naturelle plus sévère et son agression de vie en commun écourtée, la tuberculose, cette épidémie militaire chronique, qui a été dans sa période d'augment avec les sous-intendants, sous-hygiénistes d'autrefois, entrera en déclin avec les médecins, inférieurs à ces fonctionnaires en grade de généraux de division ou de brigade, mais supérieurs un tantinet en hygiène.

Déjà la fièvre typhoïde « a cédé » ; elle diminue avec l'introduction de l'eau de source pour boisson, la désinfection, l'aération des casernes et tous les procédés humains dont on laissait la conduite naguère aux divinités supérieures.

Le bacille n'a rien de métaphysique, comme on s'en doutait de longtemps ; l'étiologie est terrestre et la médecine ne diminue aucune religion pour la déposséder des possessions, exorcismes, névroses, extases, hallucinations et même des mauvais génies épidémiques.

**

En tout état de cause, le directeur Dujardin-Beaumetz, les directeurs de corps d'armée et leurs dévoués collaborateurs, médecins, chefs d'hôpitaux et de régiments, ont quelque droit de montrer avec fierté *leur* réduction de la Mortalité de l'armée à 6 pour 1000 en France, à 11 en Algérie.

Aux sapeurs-pompiers de Paris, elle demeure exceptionnellement de 11 pour 1000. Toutefois, ce chiffre élevé tient à ce qu'au renvoi de la classe, le surmenage s'impose à l'effectif diminué, alors que le service des 44 scènes de Paris et des postes-vigies de quartier ne diminue en rien, lui. Aussi surviennent la surfatigue et l'ombre qui marche dans son ombre, la fièvre typhoïde. Mais depuis 1887, le Conseil municipal de Paris a voté 0,40 par homme et par jour, pour l'ordinaire et, en prévenant le ministre de la guerre, il a prévenu l'épidémie. Les statistiques de 1888-89 qui, autrefois, fussent arrivées toujours trop tard en « mémoires posthumes » le diront bientôt, si du moins on maintient cette rapidité, qualifiée en coulisse de dangereuse et même, nous écrit-on, ce qui est l'ut de poitrine des sous-chefs du 101e bureau, « d'aventureuse ».

**

ne risquant plus d'échapper, je continue l'incision et un peu plus bas je passe deux autres fils de la même manière, je suis donc ainsi bien maître du champ opératoire, et à l'aide de ces fils, modérément tendus d'une part, de l'autre avec une large valve placée dans l'angle supérieur de la plaie, on découvre toute la cavité vésicale.

Il s'agit maintenant d'attaquer la tumeur; celle-ci, vous le savez, peut être pédiculée ou sessile; les manœuvres différeront dans l'un et l'autre cas. J'envisagerai d'abord le cas d'une tumeur d'un volume important, pédiculée. Dans ce cas, devrez-vous chercher à faire une extirpation complète et tenter tout d'abord de disséquer la base d'implantation de la tumeur, d'enlever en un mot la partie attenante de la vessie? C'est ce qu'il semble rationnel de faire; mais vous allez vous heurter à des difficultés énormes. Dans la plupart des cas, la tumeur est implantée sur le segment inférieur de la vessie, dans la région sous-pubienne de cet organe; de plus, elle est surmontée d'une partie étalée, d'une sorte de champignon qui recouvre le pédicule et en masque l'implantation. Si vous voulez le récliner avec une pince, les mors de celle-ci vont pénétrer dans le tissu, le déchirer et produire un saignement inquiétant ou gênant. Il vaut donc mieux agir en deux temps, extirper la partie exubérante, puis s'occuper de la base d'implantation.

Les doigts étant introduits dans la cavité vésicale saisissent la tumeur et la soulèvent légèrement, puis une anse galvanique est placée à la base, mais on prendra la précaution de ne pas passer le fil au ras de la muqueuse et de laisser saillante une certaine partie de la tumeur. On s'assure de nouveau avec les doigts de la position du fil, puis avant de faire passer le courant, on exerce à l'aide du tourniquet, une constriction aussi énergique que possible sur le point enserré. Cette précaution est des plus importantes à observer, elle permet d'éviter de redoutables hémorrhagies; comprimées par le fil, les artères s'aplatissent et se vident, l'accollement de leurs parois se fera facilement au moment de la cautérisation ignée, tandis que gorgées de sang, elles resteraient béantes; or, les artères du pédicule sont quelquefois importantes; je les ai souvent senties battre sous mon doigt. On fait passer le courant galvanique; on maintiendra la température au rouge sombre et la tumeur tombera sans hémorrhagie.

Le moignon apparaît alors au fond de la vessie et il faut s'en occuper. A l'aide de pinces à mors longs et coudés, à angle presque droit, rappelant les mors d'un lithotriteur, on saisit la partie supérieure du moignon sur lequel on pratique une torsion; pendant qu'on le soulève ainsi, on en circonscrit la base et l'abrasion se fait avec le couteau coudé du galvanocautère. L'opération s'exécute ainsi avec la plus grande sécurité, on en surveille tous les temps et on suit les progrès de la section; tous les accidents peuvent ainsi être conjurés. Tout dernièrement j'opérais de la sorte une tumeur volumineuse; pendant que je disséquais le pédicule, un jet de sang volumineux fut projeté entre les lèvres de la plaie vésicale, aussi volumineux que s'il avait été fourni par une radiale. Le vaisseau fut saisi facilement à l'aide d'une pince, et lié au catgut. Dans ces cas de tumeurs pédiculées, je conseille donc de faire l'opération en deux temps, en abrasant consécutivement toute la région du pédicule sans faire, à proprement parler, de résection de la vessie.

Au contraire, si la tumeur est sessile, elle est attaquable par toute sa périphérie et l'hémorrhagie est moins à craindre; en tout cas, vous pouvez vous en rendre maître plus facilement. Il y a d'ailleurs une distinction à établir suivant la région de la vessie qu'elle occupe; si elle est accessible, si elle occupe par exemple les parties latérales ou postérieures, ce qui est malheureusement rare, pratiquez la dissection de dedans en dehors en tâchant de dépasser les limites de la production néoplasique. Je dois d'ailleurs vous rappeler que vous y réussirez difficilement, car vous savez qu'en dehors de l'infiltration sensible, accessible à la vue et au toucher, il y a une infiltration larvée, à peine reconnaissable au microscope et dont les limites sont encore inaccessibles aux moyens chirurgicaux. J'ai opéré, il y a plusieurs années déjà, un malade à qui j'ai réséqué une partie de la vessie, en comprenant toutes ses tuniques et en intéressant même la graisse périvésicale; malgré cela, le malade revenait deux ans après dans mon service avec une récidive à laquelle il succomba quelque temps après. Quoi qu'il en soit, il faut tâcher d'aller aussi loin que possible; les récidives n'en seront que plus sûrement retardées.

Lorsque la tumeur est sous-pubienne, c'est-à-dire lorsqu'elle occupe le bas-fond et la région cervicale, on ne pourrait agir de même qu'en pratiquant une résection du pubis; une semblable complication opératoire ne trouve pas sa justification

---

Il y a en effet, au Ministère, des habitants de bureaux qui crient casse-cou à tout progrès et feignent de craindre des culbutes. Un Ministre de la guerre civil, une Direction médicale, l'alimentation variée, les 30 litres d'eau alloués à chaque homme, l'ordonnancement et la Direction des infirmeries, la « course folle » des statistiques, sont autant d'agitations dont frémit leur immobilité. Les simplifications leur font craindre d'être simplifiés, les augmentations d'autrui d'être diminués.

C'est ainsi que la décision ministérielle du 20 décembre 89 qui attribue 4,680 fr. de frais généraux au Directeur de Santé du gouvernement de Paris, 3,384 fr. à celui du 6e corps, 2,970 fr. à ceux des 1er, 7e, 14e, 15e et 19e corps a été dite « excessive ».

*(A suivre.)* Dr CHASSAGNE.

*Concours du prosectorat.* — La première épreuve du concours du prosectorat qui est une composition écrite a eu lieu lundi à midi et demi.

Le jury est constitué de la manière suivante: MM. Le Fort président, Guyon, Lannelongue, Mathias-Duval et Ch. Richet.

12 candidats s'étaient fait inscrire, 11 seulement ont répondu, qui sont: MM. Calot, Chevalier, Chipault, Dagron, Delagenière, Faure, Janesco, Leguen, Mauclaire, Noguez, Regnauld.

La question tirée au sort est *Pancréas* (Anatomie et Physiologie). Traitement des kystes hydatiques du foie.

Le candidat absent est M. Pfender.

La première séance de lecture aura lieu mercredi à 3 heures.

*Concours du bureau central en chirurgie.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Walther.

— Par décret en date du 20 mai 1890, M. Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux.

dans l'importance du résultat à obtenir; il faut alors chercher à agir comme avec une tumeur pédiculée, en circonscrire la plus grande partie avec l'anse galvanique, puis, dans un second temps, abraser la base avec le couteau galvanique de préférence au thermo-cautère.

## REVUE DE MICROBIOLOGIE

I. — DES MÉNINGITES MICROBIENNES, par le Dr ADENOT, J.-B. Baillière, 1890.

II. — ESSAI SUR LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES, Dr G. LYON. Steinheil, 1890.

I. — On ne reconnaissait guère, il n'y a pas encore longtemps, que les méningites dites *primitives*, se développant en dehors de toute cause apparente, et les méningites *secondaires* qui se montraient à titre de complication dans le cours d'un certain nombre de maladies générales.

Au premier rang de celles-ci se rangeaient la pneumonie et la fièvre typhoïde. Mais la pathogénie échappait. Ce n'est pas que les théories aient manqué: la congestion méningée directe ou réflexe, la métastase, etc., jouaient un grand rôle dans les explications qu'on avait mises en avant pour expliquer le mécanisme de ces complications cérébrales. Et lorsque, à ces méningites primitives ou secondaires on avait ajouté les méningites *consécutives* ou par propagation, celles qu'on observe à la suite d'otites ou de suppurations osseuses du crâne, on avait à peu près épuisé ce qu'on savait sur le développement des inflammations méningées.

La microbiologie allait éclairer d'un jour singulier l'histoire des méningites primitives ou secondaires, et en même temps qu'elle démontrait leur nature parasitaire, elle prouvait qu'il n'y avait pas *une* méningite mais *des méningites* et que de nombreux microbes pouvaient, par leur présence, déterminer les complications cérébrales si souvent décrites.

Le travail de M. Adenot est consacré à l'étude de ces méningites parasitaires.

I. — Une des premières variétés de méningites sont celles qui sont dues aux microorganismes de la pneumonie. Mais on connaît les discussions qui se sont élevées à ce sujet, et les deux organismes différents qui avaient été décrits par Friedlander, puis par Talamon et Frænkel.

Or, il semble que les méningites dues au *pneumobacille de Friedlander* soient rares, cependant Babès et Netter en ont observé un certain nombre de cas.

Il n'en est plus de même quand il s'agit des méningites dues au *pneumocoque de Frænkel*, qui serait l'agent pathogène dans l'immense majorité des cas. Ces méningites pneumococciennes accompagnent ou suivent la pneumonie, ou bien existent sans pneumonie à l'état sporadique, ou bien sévissent avec une allure épidémique.

Nous avons donné déjà, d'après les travaux de M. Netter, les caractères anatomopathologiques des méningites pneumococciennes (*Gazette médicale de Paris*, 1889. Revue générale. Des manifestations extrapulmonaires de la pneumonie). Rappelons qu'au point de vue clinique ces méningites peuvent être latentes ou revêtir la forme méningitique ou la forme apoplectique, et que leur époque d'apparition est très variable; elles peuvent se montrer, en pleine fièvre pneumonique, après la défervescence ou même précéder la localisation pulmonaire.

Les méningites pneumococciennes peuvent se montrer en dehors de la pneumonie, à la suite d'*otites* suppurées; on sait, en effet, aujourd'hui, depuis les recherches de Netter, que le pus de certains abcès de l'oreille renferme des pneumocoques; on les observe également dans le cours de la *fièvre typhoïde*, à titre d'infection secondaire et probablement est-ce à ce titre qu'elles se montrent dans un certain nombre d'infections. Enfin, un grand nombre d'observations montrent la possibilité de la méningite cérébro-spinale primitive due au même pneumocoque.

II. — *Méningites dues au microbe de Weichselbaum.* — Sous le nom de *diplococcus intracellularis méningitidis*, Weichselbaum a décrit un coccus rond se présentant rarement à l'état isolé, mais le plus souvent disposé quatre par quatre ou en petits amas, et qu'il a rencontré dans six cas de méningites suppurées. Quelque temps après, Goldsmith en publiait un cas nouveau et M. Netter deux autres. Les observations de méningites dues à ce microbe sont donc très limitées en nombre.

Quant à la question de savoir si les méningites dues à ce microbe sont primitives ou secondaires, il semble que, dans la plupart des cas, elles aient éclaté en dehors de toute affection grave pulmonaire ou autre. Cependant, ce microbe doit avoir plusieurs voies d'introduction et c'est l'avenir qui nous renseignera plus complètement sur la pathogénie des accidents qu'il provoque.

III. — *Méningites dues aux microbes de la suppuration.* — Les microorganismes pyogènes se rencontrent souvent dans l'exsudat méningé associé à d'autres germes pathogènes, cependant, un certain nombre de faits tendent à prouver qu'ils peuvent y exister seuls.

Au premier rang se place le *streptocoque pyogène* qui a été observé par Krause, Frænkel, dans l'infection purulente et dans l'infection puerpérale; par Netter dans la méningite suppurée; par Neumann et Schæffer dans un cas d'infection; enfin, à la suite d'une otite suppurée, par Netter, dans le service de M. Jaccoud. Ici, l'inoculation était directe et une gouttelette de pus siégeait à l'orifice du conduit auditif interne. Ces dernières variétés de méningites sont d'ailleurs les moins rares.

Si les méningites dues au streptocoque pyogène sont peu fréquentes, beaucoup moins le sont encore, celles dues au *staphylocoque pyogène*. Jusqu'à présent on n'en connaît qu'un cas dû à M. Galippe.

IV. — *Méningites dues aux bacilles pseudotyphiques de Neumann et Schæffer, de Roux.* — Neumann et Schæffer, dans un cas de méningite suppurée, isolèrent un bacille très analogue au bacille d'Eberth, mais s'en distinguant par un certain nombre de caractères et en particulier par l'aspect de sa culture sur pomme de terre, qui est constituée par un dépôt grisâtre limité au point d'ensemencement.

Deux autres cas de méningites furent publiés par Roux. Dans un cas, le bacille liquéfiait la gélatine, ce qui le distinguait complètement du bacille typhique et du bacille pseudotyphique de Neumann et Schæffer.

Dans l'autre, le bacille trouvé ne liquéfiait pas la gélatine, mais ses grandes dimensions, son peu de mobilité ne permettaient pas de le confondre avec le bacille d'Eberth.

*Bacille typhique.* — Le bacille typhique est capable lui aussi, d'après M. Adenot, de provoquer les méningites et ce en dehors des localisations ordinaires de la fièvre typhoïde. Il y aurait une méningite typhique sans fièvre typhoïde (au sens que nous attribuons celle-ci en nosographie) comme il y a une méningite pneumonique sans pneumonie. D'ailleurs Girode et Chante-

messe ont rencontré le bacille d'Eberth dans les méninges et dans le liquide céphalorachidien.

*Bacille tuberculeux.* — Les méningites tuberculeuses sont bien connues et l'auteur ne les signale que pour mémoire.

*Microbes associés. — Méningites mixtes.*

Les microbes peuvent se montrer associés dans un certain nombre de cas de méningite, c'est ainsi qu'on a trouvé :

— Le pneumocoque de Frænkel, et le staphylocoque pyogène.

— Le pneumocoque de Frænkel, le streptocoque pyogène et le staphylocoque.

— Le bacille pseudotyphique et le staphilocoque pyogène.

En résumé, si on jette un coup d'œil synthétique sur les microorganismes pathogènes des méningites connus jusqu'à ce jour, on voit que leur nombre est grand et qu'on a rencontré :

Le pneumobacille de Friedlander;
Le pneumocoque de Frænkel;
Le diplococcus intercellularis de Weichselbaum;
Le streptocoque pyogène;
Les staphylocoques pyogènes;
Le bacille tuberculeux;
Le bacille typhique;
Le bacille pseudotyphique de Neumann et Schœffer;
Le bacille pseudotyphique de Roux.

D'autres viendront peut-être encore s'ajouter à cette liste déjà longue.

Ces connaissances bouleversent les notions de pathogénie que nous avions sur les processus méningitiques, et à part quelques cas rares où la méningite semble être nettement primitive, la plupart des cas, elle apparaît à titre de complication dans le cours d'une autre maladie, soit comme une localisation du microorganisme pathogène, soit comme une manifestation d'une autre infection à qui la première a servi de porte d'entrée. A ce double titre, les méningites sont surtout des maladies secondaires, et souvent des infections *mixtes*.

Est-il possible, maintenant, de distinguer cliniquement ces différentes variétés de méningites? Eh bien non. Les tentatives qu'on a faites dans ce sens sont restées infructueuses, et, à part la méningite à pneumocoques que Netter regarde comme relativement bénigne, nous n'avons pas de données précises pour, en dehors de l'origine étiologique, distinguer entre elles les méningites microbiennes.

L'action pathogène se fait sentir indistinctement sur toutes les parties de l'encéphale, et les réactions morbides sont les mêmes.

Quant au mode d'infection, il peut se faire de deux façons : ou bien *directement* par la base du crâne, les microorganismes vivant dans certaines cavités de la face, suivent les interstices qui les avoisinent, ou bien l'infection des méninges se fait par l'intermédiaire du sang.

Cette forme d'infection est certainement la plus fréquente. Reste la question des prédispositions individuelles qui sont : une lésion ancienne ou préexistante des centres nerveux, des hémorrhagies, du ramollissement, des traumatismes, l'alcoolisme, la *saignée* dans la pneumonie; les causes morales : aliénation mentale, les chagrins, les secousses corporelles et psychiques, etc.

Nous avons déjà rappelé l'infection directe à la suite d'otites, d'abcès des os du crâne; celle qui survient à la suite d'immigration de microorganismes vivant dans les cavités naturelles de la face; il faut y ajouter celle qui se fait par la voie oculaire, soit par l'intermédiaire du système sanguin (phlébite), soit en suivant les gaines du nerf optique.

⁂

II. — De même que la méningite est une affection qui peut être produite par un grand nombre de microbes, de même l'endocardite infectieuse — ou mieux les endocardites infectieuses — sont la conséquence d'altérations microbiennes d'origine multiple.

L'endocardite infectieuse est le résultat de l'action d'un microbe sur les valvules, voilà un premier fait, mais l'organisme apporte, lui aussi, sa part, la cause prédisposante à l'infection : c'est la débilitation pour une cause quelconque, physique ou morale, qui crée l'imminence du danger. Qu'un organisme pathogène pénètre dans le torrent circulatoire, — car c'est ainsi que les choses se passent, *l'infection a précédé la lésion*, — et il va s'implanter sur la valvule, et voilà la lésion constituée.

Les portes d'entrée sont nombreuses, et sans les énumérer, on peut dire que toute solution de continuité de la peau, toute lésion des muqueuses, quelle qu'elle soit, toute inflammation des viscères et du poumon en particulier peut être le point de départ de l'infection et partant de la localisation valvulaire. Quant au mécanisme même de celle-ci, il est fort probable que la théorie que Kœrster avait avancée est la vraie, à savoir que les microorganismes pénètrent dans la valvule par l'intermédiaire des vaisseaux.

Comme nous l'avons laissé entrevoir en commençant, le nombre des microorganismes pathogènes de l'endocardite infectieuse est grand et on peut dès à présent les classer en deux catégories comprenant :

A. — *Les endocardites produites par les microbes non encore rencontrés dans une autre maladie.*

B. — *Les endocardites produites par le microbe spécifique d'une maladie déterminée.*

⁂

A. — *Microbes non déterminés.*

— 1. *Microbe de Gilbert et Lyon.* Trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse. C'est un *bacille* mobile, se colorant par les couleurs d'aniline, mais se décolorant aussitôt par l'influence de l'alcool ou de l'essence de girofle, etc. — Inoculé aux animaux, il a déterminé de l'endocardite végétante d'emblée sans lésion préalable de valvules, de l'aortite infectieuse, de la méningite cérébrospinale.

— 2. *Bacillus endocarditis griseus* (de Weichselbaum) rencontré par Weichselbaum et une fois par Netter.

Il se développe dans tous les milieux à la température ordinaire. Au sortir de l'organisme humain ce sont des bâtonnets courts, deux fois plus longs que large, offrant à peu près la dimension du bacille typhique. Ils ne se colorent pas par méthode de Weigert.

Les signes cliniques sont les suivants : marche traînante, fièvre continue paroxystique; les végétations molles, grisâtres, siègent sur les valvules aortiques et mitrales.

— 3. *Micrococcus endocarditis rugatus* (de Weichselbaum) (syn. micrococcus conglomeratus). — Trouvé dans un seul cas. Ce sont des microcoques isolés deux par deux et quatre par quatre. C'est un organisme pyogène. Les cultures ne se développent qu'à l'étuve et au bout de 48 heures. Une des particularités de sa culture sur gélatine est la formation d'une

végétation ridée, d'une résistance telle qu'on a peine à la déchirer avec un fil de platine.

— 4. *Bacillus endocarditis capsulatus* (de Weichselbaum). Rencontré une seule fois et ressemblant au bacille de Friedlander. Il perd sa capsule dans les cultures.

— 5. *Bacille immobile et fétide.* — Rencontré dans deux cas d'endocardite verruqueuse par Frænkel et Sænger. C'est un bacille court, épais, à extrémités arrondies.

— 6. *Un bacille non cultivable* de Weichselbaum, sous forme d'un bâtonnet assez semblable à celui de la morve.

Enfin 7° des microorganismes décrits par MM. Netter et Martha, MM. Perret et Rodet et non encore classés.

***

B. — *Microbes appartenant à une maladie déterminée.*

— *Microbes pyogènes* soit isolés soit associés, cependant le staphylocoque pyogène est moins souvent associé.

— Staphylocoque pyogène aureus. — L'infection prend l'allure d'une infection purulente. Les lésions siègent surtout sur la mitrale, quelquefois sur l'aortique, rarement sur la tricuspide, et sont constituées surtout par des végétations gris rosé. Infarctus fréquents.

— Streptocoque pyogène. — Les lésions siègent aussi bien sur la valvule aortique que sur la valvule mitrale, et sont constituées par des végétations et des ulcérations qui peuvent être très étendues. Infarctus fréquents plus suppurés que dans le cas précédent.

A rapprocher de ces cas, les endocardites de l'érysipèle et les endocardites puerpérales et gravidiques.

— *Endocardite pneumonique.* — Apparaît le plus souvent après la pneumonie, quelquefois en même temps ou avant. Elle peut même se montrer sans pneumonie. La recrudescence de la fièvre 1 à 7 jours après la défervescence brusque, l'apparition de souffles, mettent sur la voie du diagnostic. — Quand elle se développe dans le cours de la pneumonie, elle est le plus souvent latente et passe inaperçue.

La mort n'est pas fatale, et la guérison a été observée.

Les lésions siègent surtout à gauche et sur l'orifice aortique; elles peuvent siéger aussi sur les orifices du cœur droit.

Les végétations aortiques siègent le plus souvent au niveau des cloisons qui séparent les valvules et qui se trouvent déchirées et ulcérées.

Abcès intracardiaques multiples et petits.

Les embolies sont rares, à cause de la largeur d'implantation de la base de végétation.

Le pneumocoque se trouve souvent seul au niveau de la lésion, mais souvent aussi associé au streptocoque.

— *Endocardite tuberculeuse.* Ne se rencontre que dans le cas de tuberculose aiguë, et ne donne lieu à aucun signe fonctionnel pendant la vie.

Les lésions se présentent sous deux formes :

Forme granulique;

Forme caséeuse.

La dernière est la moins fréquente.

La forme granulique a été surtout observée chez les enfants morts de tuberbulose aiguë. Les lésions siègent presque exclusivement sur la valvule mitrale sous forme de végétation siégeant sur la face auriculaire de la valvule et se correspondant quand celle-ci est fermée. Les végétations contiennent des bacilles, mais pas toujours; de sorte, qu'à côté de l'endocardite tuberculeuse proprement dite, il existe chez les tuberculeux des traces d'endocardite de nature indéterminée.

— *Endocardite typhique.* — Il faut distinguer l'endocardite typhique vraie, des endocardites qui peuvent survenir à titre de localisations infectieuses secondaires.

L'endocardite typhique vraie est rare, on n'en connaît qu'un cas dû à M. Girode. Des végétations en choux fleur, avec quelques exulcérations siégeaient dans cette observation sur la valvule mitrale.

— *Endocardite rhumatismale.* De nature encore inconnue, dont les caractères sont la guérison et le passage à l'état chronique.

— *Endocardite blennorrhagique.* L'absence de signes propres rappelant la pyohémie ou la septicémie dans les observations d'endocardite développée dans le cours de la blennorrhagie semble être une preuve en faveur de l'existence de complications relevant du gonocoque.

— *Endocardite des fièvres éruptives.* — L'endocardite de la *scarlatine* est fréquente : elle se montre tantôt pendant l'éruption et en dehors de tout rhumatisme scarlatin, tantôt au contraire elle accompagne celui-ci ou bien encore c'est une endocardite consécutive à des foyers purulents, à des accidents diphthériques, forme secondaire qui n'a rien à voir avec l'endocardite scarlatineuse vraie, dont on ignore d'ailleurs l'agent pathogène.

— *La variole* s'accompagne souvent d'endocardite et d'endocardite précoce, on ignore également l'agent producteur de ces lésions.

— La *rougeole*, les *oreillons* donnent rarement lieu à des manifestations endocardiaques, dont on ne connaît pas non plus la nature.

— Enfin dans la *diphthérie* M. Labadie-Lagrave avait mentionné l'existence fréquente d'une endocardite qu'avait niée Parrot. Dans un cas, Lyon a pu, par culture d'une valvule, découvrir un certain nombre de bacilles longs et minces dont la nature n'a pu être établie.

En résumé, on voit que sont nombreux les microorganismes qui peuvent donner lieu à l'endocardite, et si nous les résumons en un seul groupe nous n'en trouvons pas moins de 19 espèces :

— « Le bacille de Lyon et Gilbert.
— « Le bacillus endocarditis griseus.
— « Le « « capsulatus.
— « Le micrococcus endocarditus rugatus : ces trois derniers par Weichselbaum.
— « Le bacille fétide de Frænkel et Sænger.
— « Un bacille non cultivable dû à Weichselbaum.

Voilà pour les organismes n'appartenant pas à des maladies humaines connues et classées en dehors de l'endocardite.

Viennent ensuite :

— « Le pneumocoque;
— « Le staphylocoque pyogène;
— « Les staphylocoques pyogènes;
— « Le pneumobacillus de Friedlander;
— « Le bacille typhique;
— « Le bacille tuberculeux;
— « Enfin les affections suivantes dont nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène, pris sur le fait d'endocardite, peuvent lui donner naissance :
— « Le rhumatisme;
— « La blennorrhagie;
— « L'infection palustre;
— « La scarlatine;
— « La variole;

— « La rougeole ;
— « Les oreillons ;
— « La diphthérie.
La liste, comme on le voit, en est longue.

Dr H. Barbier.

## REVUE de THÉRAPEUTIQUE et de PHARMACOLOGIE

I. — Recherches sur l'hydrastine, la berbérine et quelques-uns de leurs dérivés, par le Dr Marfori. *Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmak.* T. XVII, fasc. 3, p. 161, 1890.

II. — Sur la pharmacologie des corps du groupe camphre, par le Dr A. Lewin, *Ibidem*, p. 226.

I. — Une première série d'expériences faites par Marfori, avec l'*hydrastine*, un des principes actifs de l'hydrastis canadensis, a donné les résultats suivants :

Injecté dans les veines d'un chien, à raison de 1 milligramme par kilogramme de poids corporel, l'hydrastine a produit d'une façon constante une diminution de volume des reins, dont l'intensité et la durée étaient en raison directe de la dose injectée.

La pression intra-artérielle s'est accrue, à la suite de l'injection de *petites* doses d'hydrastine (1/2 à 1 milligr. par kilogramme de poids corporel) ; quelquefois on a noté une phase préalable d'abaissement de la pression, phase très passagère. Chez un chien du poids de 23 kilog. 8, l'injection de 28 milligrammes d'hydrastine dans les veines, a fait monter la pression intra-artérielle de 48-50 millimètres de mercure ; après une seconde injection de la même valeur, l'accroissement de pression a été tel que le stylet enregistreur a dépassé le tambour du kymographion.

Les *fortes* doses d'hydrastine ont toujours produit un abaissement manifeste de la pression intra-vasculaire, mais qui alternait avec des accroissements passagers, lesquels coïncidaient avec la diminution de volume des reins.

L'hydrastine, à petites doses, accélère le pouls ; à fortes doses, elle produit une accélération initiale de très courte durée, suivie bientôt d'un ralentissement très prononcé. De plus, point important à noter, les excursions systoliques du pouls gagnent beaucoup en étendue, à la suite de l'injection de petites doses d'hydrastine.

De tout cela, on peut conclure qu'à certaines doses, cette substance produit comme effet caractéristique une diminution considérable du calibre des vaisseaux. L'accélération du pouls, qu'on observe à la suite de l'emploi de petites doses d'hydrastinine, est attribuable à une excitation des nerfs accélérateurs du cœur ; le ralentissement du pouls, consécutif à l'emploi de fortes doses, est dû à une excitation des centres extra-cardiaques du nerf vague.

L'hydrastine excite les centres nerveux, notamment la moelle. A la dose de 10 à 20 centim. cubes par kilogramme de poids corporel, chez un animal à sang chaud, elle produit d'abord une accélération, puis un ralentissement du pouls, de la dyspnée, de l'incoordination motrice, des convulsions toniques et cloniques ; puis, survient une phase de courte durée, caractérisée par des manifestations paralytiques, et suivie d'une nouvelle phase convulsive. Finalement, les animaux succombent à des accidents de paralysie.

L'hydrastine est douée d'une certaine action cumulative, car, administrée à des chiens à doses non toxiques, pendant plusieurs jours consécutifs, elle finit par engendrer une intoxication bien accusée.

Cela tient sans doute à la lenteur avec laquelle s'élimine l'hydrastine.

Cette élimination semble se faire exclusivement par la voie des reins ; chez les animaux qui ont servi aux expériences de M. Marfori, la bile ne contenait pas de traces d'hydrastine.

— La *berbérine*, qui est considéré comme l'autre principe actif de l'hydrastine, produit, à fortes doses, une élévation de la pression intra-artérielle, ainsi que l'avaient signalé Curci et Shurinoff. Les expériences récentes de M. Marfori, tout en confirmant ce point, nous apprennent qu'à faibles doses la berbérine est sans action aucune sur la pression intra-vasculaire et sur les vaisseaux, ainsi que sur le volume des reins.

Dans les expériences où la berbérine et l'hydrastinine ont été administrées conjointement à faibles doses, médicamenteuses, et en injection directe dans les vaisseaux, les effets obtenus ont été les mêmes qu'avec de faibles doses d'extrait d'hydrastis et avec des doses correspondantes d'hydrastine ; il semble donc que la présence de la berbérine soit sans influence sur les effets consécutifs à l'administration simultanée des deux alcaloïdes.

En somme, les résultats des expériences de Marfori concordent avec les données de l'expérimentation clinique, qui nous montrent dans l'extrait d'hydrastis canadensis un médicament hémostatique très actif.

— En poursuivant ses expériences sur l'*hydrastinine*, produit de dédoublement de l hydrastine, obtenu par voie d'oxydation, M. Marfori est arrivé à cette conclusion : que l'hydrastinine ne possède qu'une partie des propriétés physiologiques de l'hydrastine, et à un moindre degré ; cela s'applique notamment à l'action vaso-constrictive et à l'influence exercée sur la pression intra-vasculaire.

— L'*hydroberbérine*, dont la molécule renferme quatre atomes d'hydrogène de plus que la molécule de berbérine, diffère également de celle-ci par ses propriétés physiologiques. Elle produit une élévation de la pression intra-vasculaire même chez les animaux auxquels on a préalablement sectionné les nerfs vagues, mais non quand la moelle a été sectionnée immédiatement au-dessous du bulbe ; preuve que l'élévation de la pression intra-vasculaire est due à une excitation des centres vaso-moteurs intra-bulbaires.

— L'*acide opianique*, l'autre produit de dédoublement de l'hydrastine traitée par un agent d'oxydation, ne détermine pas d'effets physiologiques appréciables chez les grenouilles et les animaux à sang chaud, à doses relativement élevées. Il possède une action antiputride peu prononcée.

L'*acide hydrastinique* et l'*acide berbérinique*, produits d'oxydation de l'hydrastine et de la berbérine, ont donné les mêmes résultats.

II. Les recherches de Hoffmann, de Heubner, de Wiedmann, de Maki, de Pellacani, etc., nous ont fourni des données précises sur l'action physiologique du camphre. Cette action se traduit par : 1° des convulsions généralisées, qu'on observe chez les animaux à sang chaud seulement ; 2° et 3° une paralysie des extrémités terminales des nerfs moteurs, comparable à l'action du curare, et une excitation directe du cœur, qui s'observent chez les animaux à sang froid seulement ; 4° une élévation de la pression intra-vasculaire, due à une excitation des centres vaso-moteurs de la moelle allongée.

M. Lewin a repris l'étude de l'action du camphre sur le cœur, aussi bien chez les animaux à sang chaud que sur ceux

à sang froid. Il a expérimenté d'une part sur des cœurs de grenouilles, isolés de leurs attaches, d'autre part sur des chiens et des lapins fortement chloralisés, de façon à réduire leur pression intra-vasculaire à son minimum, après section des nerfs vagues. Chez ces chiens et ces lapins, l'administration du camphre par la voie stomacale ou par la voie intra-vasculaire produisait une élévation considérable de la pression intra-vasculaire; preuve que le camphre exerçait sur le cœur une excitation directe, plus durable quand le camphre était introduit dans l'estomac que lorsqu'il était injecté dans une veine. Dans les mêmes circonstances, l'action du camphre se traduisait par des modifications du tracé sphygmographique : les différentes hachures du tracé gagnaient à la fois en largeur et en hauteur.

En vertu de l'excitation qu'il exerce sur le centre vaso-moteur, le camphre agit comme antagoniste du chloral ; on observe, en outre, ce phénomène intéressant que chez l'animal chloralisé, tandis que l'asphyxie, par suite de l'arrêt de la respiration, ne détermine pas d'élévation de la pression intra-vasculaire, on obtient ce résultat par l'administration subséquente du camphre.

— D'autres expériences faites avec la bornylamine ($C^{10}H^{19}Az$) et l'amidocamphre ($C^{10}H^{10}AzH^2O$) ont donné les résultats suivants :

Chez les grenouilles, parésie motrice. avec contractions fibrillaires bien nettes dans les membres, mais pas de convulsions généralisées comme il arrive chez les animaux à sang chaud empoisonnés au moyen du camphre. Le réflexe cornéen ne disparaît que très tardivement. A cette période, on observe une diminution de l'excitabilité des nerfs périphériques, et un ralentissement des contractions cardiaques, plus tardif à se manifester chez les animaux empoisonnés par l'amidocamphre. A la phase terminale de l'empoisonnement, la paralysie est complète ; l'animal ne réagit plus aux excitations les plus intenses, la respiration s'arrête, le cœur est ralenti. Puis l'animal se rétablit peu à peu. Pour obtenir ces résultats, il faut des doses plus élevées d'amidocamphre (0,01) que de bornylamine (0,005).

Chez les lapins, la bornylamine, à la dose de 0,3 et en injection sous-cutanée, développe, au bout d'une demi-heure, une agitation très vive et un tremblement très violent. L'animal pousse des cris incessants. Puis il est pris de convulsions, avec mouvements oscillatoires et de manège, opisthotonos, clonisme des masticateurs. Les accès se renouvellent tous les cinq à six minutes, réveillés par les moindres excitations cutanées. Puis surviennent des symptômes de paralysie, la respiration devient dyspnéique, le pouls imperceptible, et l'animal succombe une demi-heure environ après la première attaque convulsive.

L'amidocamphre, injecté dans les veines, à la dose de 0,3, ne produit pas de convulsions chez le lapin, mais simplement une paralysie motrice progressive, qui s'étend au cœur. Par contre, chez une souris blanche, 0 gr. 05 en injection sous-cutanée ont provoqué de violentes convulsions, qui ont fait place à une paralysie croissante et mortelle. Il est donc établi que l'amidocamphre, à l'instar du camphre, exerce une action convulsivante sur les animaux à sang chaud.

Enfin, l'action paralysante de la bornylamine et de l'amidocamphre, comme celle du camphre, s'exerce directement sur les terminaisons périphériques des nerfs moteurs, elle est donc comparable à celle du curare.

Cette analogie d'action entre les deux bases en question et le camphre se poursuit pour ce qui concerne les effets sur le cœur, la circulation et la respiration.

En terminant, l'auteur a insisté sur ce que les résultats fournis par l'étude des propriétés pharmacologiques de la bornylamine et de l'amidocamphre sont de nature à établir de nouveaux rapprochements entre le groupe du camphre et le groupe des toxines.

*(A suivre.)* E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

DU RHUMATISME CHRONIQUE ET DE SON TRAITEMENT THERMAL (185 pages), par le Dr Charles LAVIELLE, médecin à Dax.

C'est une sorte de monographie du traitement thermal du rhumatisme. Elle commence par une longue et assez complète description du rhumatisme chronique, d'après Charcot, Besnier, Bouchard, Garrod, etc., c'est-à-dire de cet ensemble de faits, très savamment décrits, mais bien mal digérés, où se coudoient toutes les arthrites et péri-arthrites possibles, depuis les suites du rhumatisme articulaire aigu (fièvre rhumatismale), qui n'est pas un rhumatisme, jusqu'aux nodosités d'Heberden qui ne le sont pas davantage, et aux rhumatismes infectieux, qui sont toute autre chose. Ce sont là autant d'affections qui n'ont de commun que le siège articulaire, et le nom rhumatisme. Mais c'est ainsi qu'est constituée actuellement la pathologie du rhumatisme, laquelle attend encore un réformateur.

Les indications et contre-indications du traitement thermal sont étudiées avec soin par M. Lavielle. Il n'y a guère de contre-indications à déduire du rhumatisme lui-même, sauf pour ce qui peut concerner les affections cardiaques. On lira avec intérêt le résumé critique des opinions décrites sur ce sujet.

Bien qu'attaché à la station de Dax, si intéressante par ses eaux et surtout par ses boues, M. Lavielle, par un mérite rare et que l'on ne saurait trop faire ressortir, a étendu son étude sur l'ensemble de la médication thermale, sans y attribuer à la médication spéciale qu'il connaît si bien un rôle prépondérant. C'est qu'en effet on peut bien dire que toutes les eaux minérales, à proprement parler thermales, peuvent être légitimement adressées à l'entité rhumatisme. Mais les rhumatismes diffèrent moins entre eux par les caractères propres à l'affection rhumatismale, que par le terrain qui supporte cette affection et qui, dans la plupart des cas, la tient sous sa dépendance. Voilà ce que M. Lavielle fait parfaitement ressortir. Des notions fort exactes sont exposées touchant les diverses formes de bains, tempérés, chauds, partiels, de piscine, sur les douches et les étuves.

Une énumération de toutes les stations thermales, rangées d'après la classification méthodique, qui peuvent être utilisées dans les diverses formes du rhumatisme (articulaire comme ab-articulaire), reproduit la composition et le mode d'emploi qui appartiennent à chacune d'entre elles. Il est permis de regretter que l'auteur de cet intéressant travail, sans doute par un scrupule qui l'honore, n'ait pas insisté davantage sur la valeur propre du traitement de Dax et des boues qui y jouent un rôle si important.

MODE D'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE (31 pages), par le Dr DUHOURCAU, de Cauterets.

L'Académie avait mis cette question au concours pour le prix Capuron, en 1887. Le prix a été décerné à M. Duhourcau,

et le présent travail est nn des chapitres de celni qu'avait couronné l'Académie. Ce sujet est en tout semblable à celui dont il vient d'être rendn compte; mais l'œuvre de M. Duhourcau est moins personnelle que celle de M. Lavielle. Nous n'y trouvons guère qu'une reproduction des nombreuses communications faites à différentes époques, à la Société d'hydrologie, sur le traitement thermal du rhumatisme. Mais cette reproduction même constitue un chapitre intéressant et utile à consulter. M. Duhourcau a également mis à profit une série de commnnications faites au Congrès de Biarritz sur l'emploi des boues minérales, en France et à l'étranger.

De la congestion du foie, esquisse de séméiologie clinique, par le Dr Moaot (32 pages), médecin consnltant, à Vichy.

Tout l'esprit de ce travail se trouve exprimé par cet aphorisme de Boerhaave, que l'auteur a pris pour épigraphe : sur 100 maladies, il en est une à peine où le foie n'est pas atteint.

Il est certain que, dans toute maladie générale (et est-il vraiment quelque maladie qui ne soit pas générale, c'est-à-dire qui n'ait pas des rayonnements partout?) le foie, qui joue tant de rôles à la fois dans l'organisme, agent de sanguification et de digestion avant tout, ne saurait guère conserver son intégrité fonctionnelle ou moléculaire. Ces atteintes portées à cette intégrité sont-elles toujours saisissables? Et sont-elles toujours de nature à faire de l'organe hépatique un blanc d'indication ? Que le foie souffre, quand l'organisme souffre, parce qu'il ne peut se soustraire à la solidarité qui l'enchaîne à l'ensemble du système, cela peut bien être : mais cela ne veut pas dire qu'il soit à proprement parler malade.

M. Morot paraît voir dans la congestion hépatique une cause prédisposante de la goutte et du diabète, comme des coliques hépatiques. Les angines pharyngées rattachées à la diathèse urique sont des angines hépatiques. M. Morot a *fréquemment* guéri des spermatorrhées rebelles en s'attaquant à la congestion du foie qui les commandait. Il a *toujours*, par les signes objectifs (percussion) et fonctionnels, constaté à Vichy l'augmentation d'intensité de la congestion hépatique chez les malades *voués* (sic) au traitement thermal. Les raffinements de la percussion n'ont-ils pas quelquefois des complaisances inconscientes ? Si, comme le dit Boerhaave, sur 100 maladies il en est une à peine où le foie ne serait pas atteint, il faudrait savoir de quelles maladies il s'agit. Ne prenons pas à la lettre ces formules aphoristiques. Contentons nous d'admettre que le foie peut être plus souvent malade qu'on ne s'en doute, et sachons gré à M. Morot d'avoir excité notre attention sur ce sujet.

Dr Max Durand-Fardel.

## INDEX DE THERAPEUTIQUE

De la médication cathartique. — La médication cathartique ou évacuante, sans laquelle la médecine n'existerait pas, a pour objets principaux : d'aiguiser l'appétence, de régulariser l'assimilation, de vaincre l'inertie côlo-rectale et de déblayer, enfin, de ses produits résiduels nuisibles, la nutrition *totius substantiæ*. Les purgatifs salins sont indiqués, dans le cours des pyrexies graves et des maladies zymotiques ou microbiennes, pour assurer la propreté et l'asepsie de la muqueuse digestive. Indispensables dans les catarrhes gastro-duodénaux, ils sont cholagogues et désobstruants du système porte, si énergiquement dénommé par les animistes « *la porte de tous les maux.* » Le cathartisme détruit la stéatose cellulaire, par une sorte de saignée séreuse, spoliatrice et dérivative : tonique et dépuratif de la lymphe en excès (femmes ou enfants), il aide à résorber et à résoudre l'œdème et l'anasarque ; il triomphe des hypérémies viscérales passives et fluidifie les agrégats fibrineux de l'arthritisme. Ce pouvoir fondant exonère et régularise la circulation centrale et enraye les stagnations excrémentitielles, qui ralentissent, si tristement, la nutrition et provoquent les imminences hyperthermiques les plus redontables...

La purgation saline est indiquée, toutes les fois que nous devons opérer, dans une maladie, une diversion par dialyse : dans les affections cutanées, aiguës ou chroniques; dans toutes les bradytrophies, lorsqu'il s'agit d'activer les combustions intimes, de modérer les hypercrinies, d'exciter les atonies organiques. Ecoprotive et révulsive, cette médication, en assurant l'osmose vasculaire et les transmutations moléculaires intimes, rétablira *in intégro* une saine assimilation, sans laquelle la vie et la santé demeureraient impossibles. Enfin, c'est à la faveur d'une thérapogénèse analogue, que les purgatifs salins sont antagonistes de la neurasthénie, par ce qu'ils invigorent, mieux que tous les autres agents, l'important système des vaso-moteurs du grand sympathique.

Parmi tous les agents de la médication cathartique, la suprématie est maintenant dévolue aux eaux naturelles, actives sous le plus petit volume.Le type le plus incontestable des sulfatées sodiques fortes et athermales est l'eau de Rubinat (Pyrénées espagnoles), source du Dr Llorach. Elle a, dès sa découverte, conquis toute la faveur du corps médical français, parce qu'elle offre une minéralisation trois fois supérieure aux similaires allemandes ; parce qu'elle est admirablement limpide, inodore et d'une saveur qui assure son administration facile même chez les sujets les plus délicats. Élaborée dans les profondeurs souterraines et ignées des entrailles terrestres (et non vulgaire liquide de lixiviation, comme le sont beaucoup de ses congénères germaniques), l'eau de Rubinat possède un dynamisme particulier, qui lui confère une activité rapide et complète ; animée et comme imprégnée de vie, elle ne saurait être comparée à ces combinaisons chimiques et artificielles, dont l'administration est toujours suivie de dégoût, d'amertume des premières voies et d'invincible constipation en retour.

Désobstruante et décongestive, éminemment éliminatrice de ce *quid ignotum* que les anciens humoristes appelaient les *hétérogènes* de l'organisme, elle n'exerce jamais aucune perturbation dystrophique. Bien plus, elle équilibre excrétions et sécrétions, balaie et aseptise le canal alimentaire, en détergeant les saburres épithéliales. Secondairement, elle régénère le processus histogénétique et corrobore la prolifération des hématies, grâce à sa richesse en principes martiaux et en *lymphe minérale*, pour nous servir de l'expression du regretté professeur Gubler. Par la constance de sa composition (richement dotée par la nature de 104 grammes de substances fixes par litres, dont 96 de sulfate de soude), l'admirable eau pyrénéenne, bien connue depuis les travaux de Bouchardat, Le Fort, Lebaigue, C. Paul, Bouis, Fauvel, etc..., constitue, comme nous le disions à l'heure, *l'expression perfectionnée du cathartique idéal.* Sa composition est constante, sa conservation est indéfinie. C'est donc à elle que nous aurons recours, toutes les fois et quand nous devrons chercher à juguler une pyrexie grave ou à lutter, avec efficacité, contre une nosohémie dont l'état pléthorique ou congestif constitue la *dominante*. C'est d'ailleurs, l'opinion même de ceux qui pourraient tout autrement penser, puisque le Dr Ulex, chimiste officiel de la ville de Hambourg, a placé l'eau dont nous parlons « au-dessus des eaux allemandes les plus vantées », — opinion corroborée par le jury du concours hydrominéral de Francfort-sur-le-Mein, qui a décerné à Rubinat, Dr Llorach, la plus haute récompense de l'Exposition balnéologique.

Voilà des aveux dépouillés d'artifice, — ou, tout au moins, des parchemins peu suspects de complaisance partiale.

Dr Ph. Bernard

## BULLETIN

VALEUR DE L'AÉRATION PERMANENTE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE — ESSAIS D'ANTISEPSIE MÉDICALE.

— L'étude de la prophylaxie de la phthisie pulmonaire et de la tuberculose en général est une question si vaste qu'elle semble au premier abord véritablement inépuisable. On peut dire cependant qu'elle a fait un pas décisif dans ces dernières années, depuis qu'une expérimentation persévérante a montré l'importance prépondérante des moyens tirés de l'hygiène et leur supériorité incontestable sur les agents pharmaceutiques, dans les premières phases de la maladie. Parmi ces moyens, il en est un qui a été remis en honneur récemment et sur la valeur duquel tous les médecins semblent à peu près d'accord aujourd'hui. Nous voulons parler de la cure à l'air libre, on pour mieux dire, du rôle de l'aération permanente.

M. *Daremberg* vient de reprendre cette question avec l'autorité que lui confère une pratique déjà longue dans les stations du littoral méditerranéen. On ne peut nier l'importance des faits qu'il est venu exposer devant l'Académie et la valeur des arguments par lesquels il a cherché à justifier la méthode actuellement appliquée dans les plupart des *sanatoria* fréquentés par les tuberculeux. Ses conclusions sur ce point sont tout à fait confirmatives des déclarations antérieures de MM. Onimus et Nicaise. De même que ces deux observateurs, M. Daremberg a vu la marche des lésions pulmonaires positivement enrayée et l'état général sensiblement amélioré chez les malades qui avaient exécuté avec rigueur les prescriptions *relatives* au renouvellement permanent de l'air autour deux. Il a, de plus, reconnu la nécessité impérieuse du repos, qui correspond elle-même à la nécessité de ménager les forces toujours compromises dès le début de la phthisie. Ces deux préceptes, aération continue et repos prolongé deviennent donc la base du traitement hygiénique de la tuberculose. Les autres moyens similaires : suralimentation, reconstituants, ne viennent qu'en seconde ligne, malgré leur utilité bien établie. La conviction des médecins paraît d'ailleurs faite sur ce sujet : mais il se passera sans doute quelques années avant que la réalisation de ces idées devienne l'objet d'une application générale. Et le vœu formulé par M. Daremberg au sujet de la fondation de sanatoria destinés au traitement des phthisiques pauvres, attendra vraisemblablement encore bien longtemps un commencement d'exécution.

— S'il faut approuver sans réserve l'intervention croissante de l'hygiène dans une question capitale comme celle de la prophylaxie de la tuberculose, on doit en revanche se montrer plus sévère vis-à-vis de certaines tentatives instituées récemment à l'effet d'atteindre directement et de détruire sur place le bacille générateur des lésions caractéristiques de cette maladie. Ces tentatives bien intentionnées procèdent d'une conception théorique assez juste, il faut le reconnaître, mais il s'en faut que, dans l'application, elles aient justifié les promesses de leurs initiateurs. C'est pourquoi nous nous associons aux réserves que M. Dujardin-Beaumetz a cru devoir formuler quant à l'efficacité de la méthode de Weigert, méthode qui repose sur l'emploi des inhalations d'air surchauffé. En effet, il est d'abord extrêmement douteux que cette surélévation thermique de l'air artificiellement rechauffé se maintienne dans la profondeur des canaux bronchiques. Puis il est loin d'être prouvé que, même au cas où elle serait réalisée, elle puisse exercer une influence favorable sur la vitalité des bacilles pathogènes incorporés dans les alvéoles pulmonaires. Certaines remarques faites dans les stations thermales consacrées au traitement des phthisiques autorisent même à croire que ce moyen est plutôt nuisible que profitable aux malades. On peut donc admettre, jusqu'à plus ample informé, que les tentatives de cet ordre sont vouées à l'impuissance et que l'hygiène combinée à l'emploi de certains agents pharmaceutiques tiendra longtemps encore le premier rang parmi les moyens curateurs dont nous pouvons attendre quelque efficacité.

— C'est encore une application de l'hygiène que cette tentative d'antisepsie médicale préventive dont M. Grancher est venu mardi dernier exposer les résultats devant l'Académie. Notre éminent collègue parviendra-t-il à restreindre le nombre des cas de contagion nosocomiale pour toutes les maladies infectieuses, comme il vient de le faire avec succès pour la diphtérie dans son service de l'hôpital des Enfants? On peut concevoir quelques doutes sur ce point, car les procédés de dissémination diffèrent d'une maladie à l'autre et il en est parmi elles dont le contage est certainement plus insaisissable et plus difficile à arrêter au passage que celui par lequel se propage l'empoisonnement diphtéritique. Les mesures prophylactiques adoptées par M. Grancher sont d'ailleurs fort simples, elles ne visent que deux objectifs : 1° réduire au minimum les contacts suspects ; 2° désinfecter tout objet souillé, après le contact. On peut d'ailleurs les perfectionner, et les rendre plus efficaces encore. Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'il y a là une voie féconde dans laquelle médecins et administrateurs ne devront pas craindre de s'engager hardiment, s'ils veulent tirer de l'antisepsie médicale tous les bienfaits que la théorie microbienne lui impute par avance.

P. MUSELIER.

## NOUVELLES

*Inscriptions et consignations du 4e trimestre de l'année scolaire* 1889-1890. — Inscriptions. — Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 25 juin 1890. — Il sera clos le jeudi 17 juillet 1890, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année, les mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 juin 1890;

2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 juillet 1890;

3° Inscriptions de troisième et quatrième année (doctorat), 2e, 3e et 4e année (officiat), les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mardi, 15 mercredi 16 et jeudi 17 juillet 1890.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les Inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, 2e, 3e et 4e année d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 juillet 1890,

MM. les internes et externes des hôpitaux devront joindre un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs

fonctions pendant le 3e semestre 1889-1890. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

***

*Assistance publique. — Délivrance et préparation des médicaments.* — Un député, M. Ricard, vient de déposer un projet de loi ainsi conçu : Le dépôt et la délivrance des médicaments officinaux préparés à la pharmacie d'un hôpital sont autorisés, sans le concours d'un pharmacien diplômé, dans les dispensaires, hospices et autres établissements d'Assistance publique. Sont également autorisées dans les mêmes établissements la préparation et la délivrance des remèdes magistraux.

***

*Corps de santé militaire.*—Par décret en date du 2 juin, M. Bouisson (François), aide-médecin, docteur en médecine, a été nommé médecin de 2e classe.

***

*Faculté de médecine de Paris.* — Par arrêté ministériel du 31 mai, la chaire de médecine opératoire est une chaire de clinique chirurgicale, sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myomes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur* selon la méthode du professeur Vulliet, par Emile Juillard. Une brochure in-18 de 74 pages. — Imprimerie centrale genevoise, 52, rue du Rhône, à Genève.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 25 AU 31 MAI 1890.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 50. — Scarlatine 6. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 33 — Tumeurs cancéreuses, 39. — Autres, 8. — Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, 29. — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 46. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 14. — Biberon 52. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 17. — Suicides, 8. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 12 — Total : 948.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## THÉRAPEUTIQUE

### DE L'ACTION DIURÉTIQUE DU SUREAU

Le sureau est un médicament qui était fort en honneur chez les anciens. Les Grecs et les Romains s'en servaient dans un grand nombre d'affections, quand ils désiraient provoquer une diurèse et des selles abondantes. Théophraste le décrit pour la première fois dans son *Histoire des plantes* et Hippocrate signale son action efficace dans les hydropisies.

Pline l'Ancien parle très longuement du sureau et s'étend avec complaisance sur ses vertus curatives, il le vante comme médicament hydragogue, utile contre l'ascite et les œdèmes ; ses baies sont diurétiques, sa seconde écorce est purgative, ses jeunes feuilles sont dépuratives. Dioscoride est tout aussi affirmatif « le sureau est propre à dessécher et évacuer les sérosités ; ses feuilles cuites comme herbes potagères évacuent les flegmes et la bile ; sa racine en décoction ramollit les lieux secrets des femmes et les désopile, et corrige leurs indispositions ; ses feuilles guérissent les morsures de chien, les brûlures et les ulcères ». Galien et Avicenne en parlent dans des termes identiques ; Matthiole, commentateur de Dioscoride ajoute que le suc de l'écorce fait vomir et agit comme hydragogue, que le suc de la racine est emménagogue et que ses graines jouissent de vertus dépuratives contre la goutte et la vérole.

Jusqu'aux dernières années du XVIIIe siècle, le sureau fut employé d'une façon suivie comme diurétique. Sydenham insista encore sur la puissance de son action et en fit presque un spécifique contre l'ascite et l'œdème, mais plus tard il tomba dans l'oubli. Repris par Martin Solon qui répéta les expériences de Sydenham et constata leur justesse, il fut malgré cela mis de côté d'une façon complète par le monde médical et son emploi ne se conserva que dans les campagnes, refuge habituel des théories humorales et des médicaments oubliés. C'est en le voyant employé d'une façon courante par les paysans du centre de la France que l'idée me vint de m'en servir en thérapeutique ; ils s'en servent contre les hydropisies, la constipation, la péritonite chronique des enfants et dans une foule d'autres affections où ses effets paraissent moins nets.

II.

Il existe plusieurs variétés de sureau, le sureau noir, sambucus nigra, qui se rencontre en abondance dans les haies et les jardins, c'est celui dont on s'est presque toujours servi en thérapeutique ; le sureau yèble, sambucus ebulus, qui pousse surtout dans le Midi, et dont les propriétés, très puissantes, paraît-il, ont été utilisées par les anciens ; le sureau des montagnes, puis des sureaux particuliers à l'Amérique qui n'ont jamais été employés en thérapeutique.

Les travaux anciens que nous avons cités ne nous ont pas appris grand'chose sur les propriétés physiologiques du sureau ou plutôt sur la façon dont elles s'exercent, personne n'a fait d'expérimentation régulière, sauf Martin Solon et encore ce dernier s'est-il surtout préoccupé de l'observation clinique.

## FEUILLETON

### ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

II.

Ce mot, trouvaille, a couru du fauteuil à huit ressorts du chef de bureau au fauteuil à quatre ressorts seulement du sous-chef et au fauteuil en crin végétal du commis. On n'a diminué en rien l'indemnité des intendants qui, hier, centralisaient la comptabilité, l'ordonnancement des sections ou hôpitaux et qui aujourd'hui « passent la main » de cette besogne au Directeur de santé. Mais pour eux rien n'est dit : « excessif ».

Les bureaux ont pour ces frères-lais de l'intendance une indulgence née de la fraternité d'armes du couteau à papier ; ce sont des complices en complications en états, tableaux, modèles, pièces et situations. Les paperasses multiplient les paperassiers et vice-versa.

***

C'est un cercle qui me paraît vicieux. Aussi quand les médecins ont touché au régime des hôpitaux militaires (Règlement sur le service santé à l'intérieur), et aux 16 gr. de café, 8 et 4 de sucre et 7 centilitres de vinaigre, 11 ou 18 d'autre chose, ont substitué 10, 15 ou 20 gr. en un mot, des décimales, des chiffres ronds, d'arithmétique simple aux chiffres tors et bossués pour complications, il s'est fait un beau tapage. Un journal d'opposition militaire formule déjà quelques doutes destinés à jalonner des critiques sur ces « nouveautés ».

Pensez donc, on a simplifié et remplacé par un régime simple à 1, 2 ou 3 degrés, les innombrables *distingo*, exceptions et incompatibilités d'une cuisine inutilement comptable, à recettes pleines de fractions et aménagée en labyrinthe pour égarer les humains. Jamais le manger n'avait atteint de tels arcanes.

L'œuf à la coque, le pruneau généreux ou non, la cuisse de

(1) Voir le numéro précédent.

Ce n'est donc que sur ses effets pharmacodynamiques qu'ils nous ont légué quelques renseignements. Ils établissent nettement l'action éméto-cathartique que possèdent à peu près également toutes les parties de la plante; les feuilles sont encore aujourd'hui employées comme purgatif par les paysans. Cette action est même si violente que si la dose absorbée est un peu forte elle peut déterminer, en même temps que des vomissements et des selles répétées, un état de dépression comparable à celui que provoque le tartre stibié.

L'action diaphorétique est très douteuse, nous ne l'avons jamais observée sur nos malades; les anciens la croyaient très prononcée et le vulgaire partage aujourd'hui cette opinion. Le sureau doit cependant s'éliminer en partie par la peau et nous avons pu constater des éruptions consécutives à son emploi, mais cette élimination ne nous paraît pas s'accompagner d'une diaphorèse abondante.

L'effet diurétique, signalé par tous les observateurs, est constant et peut être considérable. C'est surtout lui que l'on doit rechercher et qui doit replacer le sureau dans la liste des médicaments d'un usage courant.

Tout récemment, mon excellent collègue M. Combemale a fait sur le sureau une série d'expériences qui démontrent bien l'importance de son action diurétique, en même temps que j'étudiais cliniquement ses effets sur les malades. Ses expériences sont les seules qui aient été faites d'une façon vraiment scientifique sur ce produit, nous en donnerons le résumé d'après la communication de M. Combemale, à la Société de biologie (30 novembre 1889).

On est amené à séparer les effets de la première et de la seconde écorce; cette dernière est la plus active, mais ses effets sont eux-mêmes différents selon qu'elle a été traitée par l'eau chaude ou par l'eau froide. L'écorce fraîche doit seule être employée. Dans ses expériences sur les animaux, M. Combemale s'est servi de préparations aqueuses de cette écorce et les a administrées par la voie gastrique.

La décoction des deux écorces réunies a été administrée aux cobayes à des doses variant de 5 gr. environ à 14 gr. 50 par kilogramme du poids de leur corps. Chez deux d'entre eux, après une ingestion de 9 et 12 grammes, on a observé une diurèse manifeste; les urines, outre leur abondance, étaient extraordinairement claires. La durée de cette action diurétique était de quatre heures environ. Un chien, après avoir pris 1 gr. 50, 3 gr. et 6 gr. par kilogramme de la même décoction, n'a pas été influencé d'une façon apparente dans la quantité d'urine sécrétée, mais on a remarqué, dans les quatre heures qu'a duré l'observation, une diminution constante dans le chiffre de la température et dans la fréquence du pouls et de la respiration.

L'étude de la première écorce fraîche, en décoction, a montré chez un chien mis deux fois en expérience à six heures d'intervalle, une polyurie évidente, et cela à des doses de 10 gr. 50 et 11 gr. 50 par kilog. du poids de son corps.

La seconde écorce contient un principe volatil et odorant que M. Combemale remarqua en préparant ses décoctions; il chercha à différencier cet élément volatil en se servant tour à tour de décoctions et de macérations.

Cette seconde écorce fraîche en décoction produit surtout une polyurie, qui, aux doses de 4 gr. par kilogramme du poids du corps, ne survient guère qu'une heure et demie après l'ingestion, tandis qu'aux doses de 5 gr. à 22 gr. par kilog., elle survient beaucoup plus vite et dure pendant plus de cinq heures. Quant aux autres symptômes, la température, après être montée en une demi-heure d'un demi degré, va en diminuant et s'abaisse de quelques dixièmes au-dessous de la normale, et le pouls baisse doucement de vingt-quatre pulsations en cinq heures. La polyurie est donc l'effet dominant produit par une décoction de la seconde écorce comme elle l'était déjà avec l'écorce toute entière.

Il n'en est pas de même quand on emploie la seconde écorce en macération, et il semble que le principe volatil intervienne dans les phénomènes nouveaux que nous avons observés. La polyurie existe bien, mais elle est beaucoup moins considérable que lorsque c'est l'écorce entière ou la seconde écorce en décoction qui sont administrées. L'effet principal consiste alors en nausées et vomissements qui suivent l'ingestion à trente minutes d'intervalle environ, et en une diarrhée abondante suivant de quelques heures cette même ingestion. Ces vomissements présentent, comme caractères, de se faire sans efforts, et, d'abord alimentaires le plus souvent, d'être ensuite muqueux et blanchâtres; les nausées sont peu pénibles, peu fréquentes; la diarrhée enfin est franchement intestinale, et après l'évacuation des matières solides primitivement contenues dans le gros intestin, les fèces sont molles, jaunâtres d'aspect bilieux, sans aquosité. La température suit le plus

---

poulet soulevaient des problèmes ardus sur lesquels un médecin ne se prononçait qu'après consultation du comptable spécialiste, lequel pour les diagnostics difficiles, en référait à la lucidité de l'intendant spécialiste décisif.

* *

On ne verra plus de ces équivoques précieuses ridicules.

Et la *Gazette médicale de Paris* y aura été pour quelque chose.

A propos de l'ancien règlement, toujours sur le Service de santé à l'intérieur, nous y écrivions le 25 juin 1887 — IL Y A TROIS ANS :

« Ce travail sur du vieux a laissé subsister une paperasserie touffue, mais surtout un régime alimentaire, qu'on avait le droit de croire enterré sous les critiques joyeuses faites au Parlement de ses complications voulues et de ses chinoiseries recherchées Le motif allégué pour le maintien sur ses nombreuses colonnes, de ce chef-d'œuvre de la corporation des gens de bureau est luimême spécieux On a reculé, dit la note 14 (p. 77, dernier alinéa) devant la réforme d'un stock de poids et mesures en fonte », dont la valeur intrinsèque peut bien être évaluée à 500 francs pour tous les hôpitaux de France et d'Algérie. Il est vraisemblable qu'il y eut des raisons de plus de poids.

« L'opinion générale fut qu'on s'était replié devant le labeur de remaniement de toutes ces choses emmêlées avec art, brouillées avec étude le long des tarifs, relevés particuliers et généraux, registres, etc. Cette retraite laissa subsister malheureusement pour les pauvres comptables, les 0,37,7-18,75-12,15, les 0,07 de vinaigre pour la salade, 32 de chocolat, jamais de multiples décimaux, c'eût été trop peu compliqué. Et pour les malades, la fameuse, la légendaire cotelette pour 10 et l'amusant chapitre des desserts qui n'a prévu ni les châtaignes, ni les noix, denrées jugées sans doute exotiques, mais qui prévoit, je vous le donne en mille... les jujubes. »

Le nouveau règlement vient de faire justice, Il y a trois mois, de tous les ustensiles de distribution anti-décimaux. La plupart de ces barres de fer que l'intendance appelait d'un air pincé « des parallélipipèdes rectangles » se sont évanouies dans la géométrie par l'espace; il n'y a plus que 5 de ces parallélipipèdes toujours rectangles. Le reste a été livré au Domaine euphémisme qui comme pour les tonnes de papier et même les vieux règlements sur le service de santé, veut dire vendu au kilo.

souvent l'abaissement signalé avec la décoction et le pouls baisse également, dans de fortes proportions parfois.

Ayant injecté sous la peau d'un cobaye un extrait préparé à chaud jusqu'à consistance sirupeuse, avec la décoction d'écorce entière de sureau, à une dose qui représentait 12 grammes d'écorce par kilogramme du poids de l'animal, M. Combemale trouva le lendemain le cobaye mort sans qu'il y ait eu de polyurie apparente ni de symptômes immédiats bien marqués. A l'autopsie on constate une vive congestion de tous les organes splanchniques: les reins saignent à la coupe au niveau de la substance corticale; le foie est marbré et friable; les poumons sont d'un rouge sombre et de nombreux points hémorrhagiques sont disséminés dans tout leur parenchyme; le cœur, enfin, de même que les veines, sont remplis de caillots noirs; les autres vaisseaux sont vides de sang.

Tout en renonçant à donner une explication du mécanisme selon lequel agit le sureau, M. Combemale pense qu'il exerce primitivement son action sur la circulation. Quoiqu'il en soit ces expériences montrent, d'accord avec la clinique, que la seconde écorce de sureau en décoction est diurétique et qu'à ce titre le sureau mérite de rentrer dans la thérapeutique du rein.

III.

Déjà, avant que toute recherche physiologique eut été faite, je m'étais servi de la seconde écorce du sureau pour provoquer chez mes malades des effets diurétiques puissants. Les résultats qu'elle me donnait étaient très satisfaisants et je les ai succinctement énoncés dans une note communiquée à la Société de biologie, le 30 novembre 1889.

Les observations que j'ai recueillies concordent en tous points avec celles qui ont été fournies par les anciens auteurs et plus récemment par Martin Solon. Ce dernier publia en 1832 deux observations où l'ascite et l'anasarque disparurent en fort peu de temps: l'un de ses malades rendit en douze heures jusqu'à 13 livres de liquide. Suivant son exemple, de 1832 à 1836, une série de cliniciens parmi lesquels Bonnet, Bergé, Mallet, Réveillé-Parise expérimentèrent le sureau et obtinrent des résultats concluants en sa faveur. Réveillé-Parise concluait même que le suc de racine de sureau est l'un des meilleurs hydragogues que nous puissions employer.

Chez mes malades, je me suis toujours servi de la seconde écorce fraîche; une forte poignée en était mise dans un litre et demi d'eau que l'on faisait bouillir jusqu'à réduction d'environ un quart. Le liquide obtenu par cette décoction, mélangé à du sirop de sucre et aromatisé par de l'essence de menthe, constituait la quantité de principe actif que le malade devait prendre en 24 heures. Chaque jour une nouvelle décoction semblable à celle-ci était faite et bue par le patient jusqu'à ce que les effets diurétiques obtenus aient amené une amélioration satisfaisante.

Jamais je n'ai observé de vomissements consécutifs à l'emploi du sureau, jamais non plus je n'ai remarqué la sudation abondante, que l'on met habituellement sur le compte du sureau, mais, à peu d'exceptions près les malades ont présenté d'abord une augmentation de la diurèse, puis deux ou trois jours après, des selles diarrhéiques abondantes. Ainsi que Sydenham l'avait déjà remarqué, ces évacuations se produisent sans fatigue ni douleur, même quand elles se prolongent pendant plusieurs semaines; le médicament est donc parfaitement toléré.

Le sureau ainsi employé constitue un diurétique de premier ordre qui est appelé à rendre les plus grands services pour le traitement de l'ascite et de l'anasarque consécutifs aux maladies du cœur et des reins; il rétablit assez rapidement le cours des urines et peut en élever la quantité quotidienne, en trois ou quatre jours de 400 grammes à 1,500 et 2,000 gr., ainsi que je l'ai souvent observé. Cette quantité peut aller jusqu'à 3,000 et 3,500 grammes chez certains malades et elle se maintient à ce taux élevé, à condition qu'on continue l'usage du sureau, tant que l'épanchement reste abondant. Quand il diminue, elle diminue aussi peu à peu. Les selles liquides sont plus ou moins nombreuses et abondantes selon les sujets; il y en a en général de deux à cinq par jour, rarement davantage; elles aident sûrement beaucoup à diminuer l'ascite. Ne voulant pas rapporter ici toutes les observations que j'ai recueillies à ce sujet, je me bornerai à donner l'indication des principaux résultats obtenus.

C'est principalement dans la néphrite albuminurique que l'on constate les heureux effets du sureau, surtout quand il s'agit d'une néphrite aiguë à forme congestive; l'action du médicament est plus lente à se montrer dans les néphrites anciennes ou du moins la lésion lui offre une résistance plus grande. Le premier cas de maladie rénale où j'employais le sureau est celui d'une femme de 32 ans, qui, à la suite de

---

Enfin, il n'y a plus de jujubes. Nous n'insistons pas, pour avoir insisté (avec quelque succès aujourd'hui), il y a — *trois ans.*

* *

C'est que les victoires du bon sens ont leur heure. L'infirmier employé de la salle, l'infirmier du malade aura seul maintenant un régime spécial et du vin (règl.; p. 314); on ne verra plus l'infirmier des matelas et le menuisier, qui s'oubliaient quelquefois à *tarabiscoter* des meubles pour le comptable, être autrement pansus et pansés que celui qui succombait à l'épidémie. Encore moins, cet infirmier de la dépense, outrageusement gras et dont le tour de taille faisant éclater le ceinturon, éveillait des idées de rations surprises et de virements alimentaires mystérieux.

Tous ces progrès, depuis le directeur Dujardin-Beaumetz, qui a été le premier progressiste, ont une origine unique: la loi du 7 juillet 1877.

Il est juste de fixer l'origine des choses.

* *

C'est la loi Marmottan, sur l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et les hospices civils qui est venue la première fausser le gorgerin de l'Intendance, en donnant la pratique clinique à tous et détruisant l'antagonisme entre le médecin militaire et le médecin civil local, qui, comme eux rien n'est du pharmacien et du comptable, l'antagonisme était intensivement cultivé par l'intendance. Celle-ci, pour ne pas avoir inventé le « diviser pour régner » l'appliquait de façon suivie.

Depuis cette loi de percée, espèce de démolition d'une Bastille administrative et de Déclaration des droits du médecin, les hospices militarisés se sont élevés à 198, les hospices proprement dits à 41. Aujourd'hui, plus de 300 médecins régimentaires soignent « leurs hommes » et s'ils ne sont pas de science plus haute que nos distingués confrères civils, fort bien apanagés de ce côté, ils possèdent mieux peut-être le diagnostic des maladies simulées, des « habitués » et des convalescences à ne pas prodiguer avec le service de 3 ans.

Les derniers hospices militarisés récemment, sont ceux du Havre, 84 lits; de Grenoble, 212; de Vernon, 36; de Vesoul, 50; d'Auxonne, 76; de Rambouillet, 11; de Vendôme, 29; de Vienne, 63.

sondages de la vessie faits avec une sonde malpropre, avait contracté de la cystite et une néphrite ascendante infectieuse. L'anasarque était considérable, tout le corps était boursouflé, le péritoine et la plèvre contenaient du liquide, et la malade était menacée de mourir d'œdème du poumon; les urines étaient tombées à moins de 300 grammes par jour et contenaient 6 grammes d'albumine par litre. L'emploi de la décoction d'écorce de sureau triompha rapidement de ces accidents; dès le premier jour elle fit passer le taux des urines à 500 gr., le second à 800 gr., le troisième à 1,700, le quatrième à 2,400, et le maintint entre ce chiffre et 2,900 gr. pendant onze jours. L'anasarque diminua rapidement, aidé en cela par les selles diarrhéiques. Quand il n'y eut plus que les membres inférieurs qui fussent œdématiés, les urines diminuèrent de quantité d'une façon progressive et restèrent, tant que dura la médication par le sureau entre 1,400 et 1,800 gr. La guérison fut complète.

Dans deux autres cas de néphrite aiguë albuminurique, les résultats furent tout aussi nets et le sureau contribua puissamment à la guérison, mais dans six cas où la néphrite durait déjà depuis plusieurs mois et où l'œdème du rein avait eu le temps de s'organiser et de donner à la lésion le type de la néphrite mixte, l'effet produit fut moins apparent. Là encore, la diurèse fut très fortement augmentée et l'anasarque et l'ascite subirent une diminution rapide, mais dès que le médicament était suspendu, l'accumulation du liquide recommençait; l'amélioration n'était donc que passagère. Ceci montre que le sureau peut activer la filtration de l'urine dans des proportions considérables, même quand le rein est profondément touché et par suite lutter avantageusement contre certains symptômes de la néphrite, mais qu'il n'a aucune action sur cette lésion elle-même, ce qui ne doit nullement surprendre, c'est un diurétique et c'est tout.

Quand l'œdème et l'ascite sont consécutifs à une maladie du cœur, le sureau réussit également à provoquer leur diminution grâce à son action sur les reins et sur l'intestin. C'est surtout chez les malades dont le cœur est gras et mou, fatigué par un travail au-dessus de ses forces et qui ne tolérerait pas l'action de la digitale, que le sureau rend des services. Là encore il agit simplement comme diurétique, mais avec une telle énergie qu'il produit toujours une heureuse rémission dans le cours de la maladie. Son innocuité complète doit le faire préférer à des médicaments cardiaques dont l'action sur le muscle cardiaque est à redouter. Il m'a toujours semblé que le sureau exerçait une action directe sur les reins, car il ne modifie nullement le cœur et la circulation, ou du moins il n'agit sur eux que secondairement en modifiant par une diurèse abondante les conditions de la circulation sanguine.

Ce serait donc un médicament diurétique simple, excitant la filtration de l'urine par irritation de l'épithélium rénal. Dans tous les cas, cette action excitante n'aurait pas de résultats nuisibles pour les reins, car l'examen histologique d'un rein de cobaye qui avait pris du sureau pendant une semaine ne m'a rien montré de particulier dans cet organe.

Dans un cas de kyste de l'ovaire et dans un d'ascite consécutive à une tumeur abdominale, j'ai vu, par l'influence du sureau le liquide diminuer sensiblement, mais se reformer assez vite dès qu'on cessait son emploi; pareille chose avait déjà été observée par Legroux. De même une ascite consécutive à une cirrhose atrophique du foie fut momentanément améliorée, mais ne disparut jamais en entier.

Chez deux malades le sureau détermina une éruption cutanée, de petits furoncles chez l'un, de l'urticaire chez un autre.

En résumé l'action diurétique du sureau nous paraît utile à provoquer surtout dans les cas de néphrite aiguë avec œdème du rein; elle rend encore de très grands services dans la néphrite chronique et dans les affections du cœur, mais elle n'exerce plus là une action curatrice comme celle que nous avons constatée dans le premier cas. C'est donc un médicament à tirer de l'oubli et par ce temps de médicaments exotiques et falsifiés on est heureux de pouvoir s'en procurer un qui est toujours pur et que l'on trouve chez soi. Il reste à fixer d'une part la nature du principe actif du sureau, et à l'isoler chimiquement si l'on peut, et d'autre part à étudier le mécanisme en vertu duquel il agit, action sur le rein, sur le cœur et sur l'excrétion des produits normaux de l'urine. En attendant, son emploi sera réglé par l'empirisme, et sa complète innocuité permet d'attendre, en s'en servant, que sa physiologie soit faite.

Georges Lemoine (de Lille).

---

Des conditions à peu près identiques de mobilier, vêtements, lingerie et cube d'air sont imposées; le prix de journée varie de 1 fr. 87 le meilleur marché, à Vernon, au plus élevé, 2 fr. 25, au Havre. Partout les capotes des sous-officiers malades, doivent être ornées d'une patte de grade, en galon d'or.

Vous verrez que les hôpitaux seront mieux militaires avec les médecins, qu'avec les les intendants, anciens capitaines en rupture de combat et ayant dit « bonsoir à la compagnie. »

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

Faculté de médecine de Bordeaux.

*État nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois d'avril et mai* 1890 (année scolaire 1889-90).

M. Condé. — Contribution à l'étude du traitement des plaies de la main par écrasement (pansement ouaté mixte. — Conservation).

M. Titi. — Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants.

M. Dupin. — Des complications de la grippe.

M. Levrier. — Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles.

M. Coulom. — Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx.

M. Archambault. — De la dermatose de Kaposi (Xeroderma pigmentosum).

## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. le Dr BARTH.

### DE L'HÉMATOCÈLE UTÉRINE.

Leçon recueillie par M. FAURE-MILLER, interne du service.

Vous pouvez voir actuellement dans le service une femme de 29 ans, cuisinière, qui, avant son entrée dans l'hôpital avait toujours été bien portante. Quoique ayant ressenti de légères douleurs dans le bas-ventre depuis quelque temps, elle y avait prêté peu d'attention; travailleuse et fort dure à elle-même, elle avait continué d'exercer son métier fatigant. Mais il y a un mois environ, deux ou trois jours avant l'apparition des époques qui jusqu'alors avaient été régulières, elle fut prise de vives douleurs au niveau de la matrice, douleurs accompagnées d'un léger suintement sanguin par le vagin. Elle ne voulut cependant point abandonner encore ses occupations, mais les phénomènes s'accentuant, elle fut forcée de s'aliter; le suintement suivit son cours, tantôt minime, tantôt assez abondant. Enfin la malade appela un médecin qui ordonna le repos et de larges cataplasmes sur la région hypogastrique. Avant d'avoir retiré de ce traitement tout le bénéfice possible, notre malade, impatiente de retourner à sa cuisine, quitte le lit imprudemment et se lève après quelques jours à peine de repos. Les conséquences en sont faciles à deviner; une rechute se produit, et la malade vient à l'hôpital réclamer nos soins.

L'aspect du visage frappe au premier abord; le facies est pâle; les conjonctives, les lèvres sont décolorées, profondément anémiées. L'on perçoit un léger souffle systolique à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. La patiente est de bonne constitution cependant, et l'état général en somme peu troublé nous montre que le désordre est de date récente. L'appétit est nul et la digestion pénible; il existe de la constipation, source de vives douleurs pendant la défécation; enfin l'on ne note ni fièvre, ni phénomène général important.

Le ventre est légèrement tendu, un peu sensible à la pression; surtout à la pression profonde; l'on suscite par cette exploration une douleur sourde dans la région épigastrique et dans le petit bassin tout entier. L'on retire de précieuses indications du toucher qui montre un utérus placé dans une position anormale, repoussé en avant sous le pubis. Le cul-de-sac antérieur est effacé; cependant l'on reconnaît la face antérieure de l'utérus remontant beaucoup plus haut que de coutume. Le col est légèrement ramolli, un peu entr'ouvert, tel que l'on le constate quand l'organe vient d'être le siège d'une congestion récente et non point semblable à celui que l'on trouve après un accouchement assez rapproché de l'époque de l'examen. Nous avons vu que le corps utérin est remonté, appliqué contre le pubis, peu mobile et assez sensible à la pression.

La cause du déplacement se trouve dans le cul-de-sac postérieur. Le doigt constate que ce cul-de-sac est effacé, remplacé par une tumeur volumineuse, de la dimension d'un poing environ, arrondie et occupant tout le cul-de-sac de Douglas. Elle remplit complètement cet espace et s'arrondit sur les côtés sans atteindre les parois du bassin. On peut comparer cette tumeur à une grosse orange; elle est de consistance variable selon les points que l'on touche avec le doigt, molle ici, rénittente ailleurs; une pression légère à ce niveau détermine un peu de douleur; on ne perçoit à travers les parois du vagin ni fluctuation ni battements. Cette tumeur refoule les organes voisins et repousse l'utérus en avant et en haut ainsi que nous avons pu nous en rendre compte tout à l'heure. Elle aplatit le rectum en arrière et par le toucher de cet organe l'on voit qu'elle remplit exactement l'espace compris entre le rectum et l'utérus, tout en restant indépendante du premier de ces organes dont la muqueuse glisse aisément sur la masse incluse dans le cul-de-sac de Douglas.

La délimitation en est donc facile dans les points accessibles par le vagin et le rectum; mais il est très malaisé de la circonscrire à sa partie supérieure, car elle remonte assez haut. Un doigt dans le rectum, l'autre main exerçant une palpation attentive sur le ventre, l'on reconnaît que la tumeur se perd dans la masse intestinale en haut et en arrière où il est alors impossible d'aller la rechercher et d'en percevoir les contours.

Nous sommes donc en présence d'une masse volumineuse, située dans le petit bassin, masse qui n'a cependant point déterminé des phénomènes réactionnels trop accusés; en effet, nous ne constatons que de la pâleur, de l'anémie, un état général médiocre. Voilà les seuls symptômes qu'ait amenés une tumeur s'étant produite il y a un mois déjà sans raison appréciable pour la malade. Il est donc d'un grand intérêt de rechercher les circonstances qui ont pu en déterminer l'apparition.

C'est le toucher qui nous conduira à cette notion; il nous fait d'abord constater que l'utérus est indépendant de toute tumeur, qu'il n'est pas en antéflexion mais en antéversion: que nous devons rejeter l'hypothèse de corps fibreux, car un corps fibreux de cette dimension aurait mis des mois et des mois pour se développer; or, notre patiente n'est malade que depuis un mois; et d'ailleurs un corps fibreux même volumineux, n'eût pas amené une telle anémie, à moins d'hémorrhagies abondantes qui ont complètement fait défaut dans le cas actuel. De plus une néoformation fibreuse est de consistance ligneuse à peu près partout; or nous trouvons une masse rénittente ici, presque fluctuante ailleurs; elle ne plongerait pas si bas dans le cul-de-sac de Douglas, tandis que nous trouvons actuellement une tumeur qui descend encore plus bas que le col. Enfin nous pouvons imprimer à l'utérus quelques mouvements sans que ceux-ci se transmettent le moins du monde à la masse qui l'étreint par derrière.

Avons-nous à faire à une lésion des annexes, ovaire ou trompe? L'on sait en effet aujourd'hui que certaines tumeurs de ces organes déplacés, rejetés en arrière, peuvent simuler une hématocèle. L'hésitation ne sera pas en général de bien longue durée. Si la tumeur se rattachait à l'ovaire, sa situation ne serait point exactement médiane, mais un peu déjetée sur l'un des côtés, tandis qu'ici nous trouvons une masse qui s'étend symétriquement à droite et à gauche de l'organe de la gestation. Peut-on la prendre pour un kyste de la trompe, un hydro-salpinx, un hémo-salpinx? On voit assez souvent des tumeurs de cette nature, évoluant sans fièvre, sans symptômes généraux bien accentués; mais encore là, indépendamment du mode de développement qui est tout autre, les caractères physiques de ces collections d'ordres divers écartent l'idée de lésions salpingiennes. Les kystes de la trompe ne descendent pas à beaucoup près aussi bas que l'hématocèle rétro-utérine; ils ne repoussent point de même façon le cul-de-sac de Douglas, ils ne l'emplissent pas comme nous pouvons le voir sur notre malade.

Les tumeurs développées aux dépens de l'utérus, celles des trompes et des autres organes pelviens écartées du diagnostic, il nous reste à examiner celles qui pourraient prendre naissance dans le péritoine pelvien ou dans le tissu cellulaire

immédiatement sous-jacent; la liste n'en est pas longue, mais chacune d'elle doit être passée en revue et éliminée soigneusement. La périmétrite, le phlegmon péri utérin sont des affections dues à une inflammation aiguë du péritoine pelvien ou du tissu lâche sous-péritonéal; elles donnent bien souvent lieu à des tumeurs quelquefois volumineuses siégeant en arrière de l'utérus et le refoulant en haut et en avant comme nous pouvons aussi le constater dans le cas actuel. Mais ce sont là des affections éminemment fébriles, aiguës, inflammatoires; elles réagissent énergiquement et vous voyez souvent à leur suite apparaître et s'établir un état général sinon grave du moins très net et très significatif; or dans l'hématocèle, il est exceptionnel de constater de tels accidents; il n'existe pas de fièvre, les phénomènes généraux sont presque nuls, la réaction inflammatoire ne se laisse manifester par aucun des symptômes habituels qui l'accompagnent. La tumeur n'est point chaude; votre doigt ne percevra pas les battements qui se sentent si bien dans le phlegmon péri utérin récent; elle ne présente aucune sensibilité notable, alors que celle-ci est si vive dans la première de ces affections. De plus vous ne pourrez pas constater l'existence de tissu lardacé, ou d'un exsudat séreux plus ou moins abondant. Ce que vous obtenez ici par la méthode du palper bimanuel, c'est bien plutôt la sensation de kyste. Enfin la notion étiologique vous sera encore utile pour établir votre diagnostic; vous connaissez bien quelles affections amènent le plus souvent ces inflammations péri-utérines; vous savez combien fréquentes elles sont après une fausse couche ou une couche récente servant de porte d'entrée à quelque agent pathogène qui se développe vite sur ce terrain affaibli et propre à sa culture. Dans le cas qui nous occupe, nous ne retrouvons aucun antécédent étiologique semblable, et la patiente nie avec sincérité avoir éprouvé de tels accidents avant l'apparition de la maladie actuelle.

D'élimination en élimination, nous sommes conduits, vous le voyez, à rapporter le complexus clinique que nous avons sous les yeux à une hématocèle rétro-utérine, et cette fois, nous en trouverons la démonstration dans l'examen soigneux de chacun des symptômes pris à part. Le début a été brusque; il s'est accompagné d'un léger écoulement sanguin, phénomène presque constant. En même temps, il y a eu sensation de pesanteur dans le bas-ventre coïncidant avec des troubles de la défécation par compression plus ou moins accusée du rectum. Une anémie à marche rapide s'est montrée, non en rapport avec la perte de sang qui s'est produite par le vagin, laquelle s'est réduite à un simple suintement; les muqueuses sont pâles, décolorées; le cœur, les gros vaisseaux sont le siége de souffles hémiques. En résumé, la réunion de ces phénomènes anémiques nous permet de conclure qu'il existe une perte de sang autrement importante que celle qui a eu lieu par les voies génitales et dont nous trouvons l'explication par l'examen du cul-de-sac de Douglas.

Les signes physiques que l'on constate alors sont des plus caractéristiques. Le doigt perçoit une tumeur arrondie, régulière, siégeant en arrière de l'utérus et le refoulant en avant et en haut, occupant tout le cul-de-sac de Douglas; elle est du volume d'une grosse orange, et, par le toucher rectal, on trouve un intestin aplati, perméable cependant et n'adhérant d'aucune façon à la masse enclavée pour ainsi dire entre le rectum et l'utérus.

La marche de l'affection n'a pu que confirmer le diagnostic que nous avions établi tout d'abord. Par le repos rigoureux au lit, au moyen de l'application de ventouses scarifiées sur le ventre et de l'administration d'ergotine à l'intérieur, les phénomènes fonctionnels n'ont pas tardé à céder; la perte de sang a diminué progressivement; les douleurs abdominales ont disparu ainsi qu'en grande partie la constipation, la gêne à la défécation; et hier, nous avons pu constater par un nouvel examen que la tumeur devient plus dense, plus dure, par résorption d'une grande partie du sang épanché dans la cavité péritonéale.

L'hématocèle est une affection cliniquement bien connue depuis Nélaton qui, dès 1850, la décrivit comme un type clinique particulier. Ce que l'on sait beaucoup moins nettement, c'est la provenance, c'est le mode de développement de l'hématocèle; en un mot, il existe encore quelques points obscurs dans la physiologie pathologique de l'affection.

Elle consiste en un kyste de sang siégeant en arrière de l'utérus, en avant du rectum, dans cette cavité péritonéale qui s'enfonce profondément entre ces deux organes et que l'on appelle cavité ou cul-de-sac de Douglas. Ce kyste est limité latéralement par les parois du bassin et supérieurement par des adhérences plus ou moins solides, plus ou moins abondantes et épaisses, intéressant quelquefois plusieurs anses de l'intestin grêle, et formant une sorte de cloison, de diaphragme entre la cavité du kyste et la cavité du péritoine.

C'est dans l'examen anatomo-pathologique que l'on doit chercher l'origine de ce kyste et les circonstances qui ont accompagné son apparition; et cet examen anatomo-pathologique est aisé dans les cas récents, dans les cas surtout où le chirurgien pratiquant la laparotomie sur le vivant peut se rendre compte et de la filiation et de l'étendue des lésions. Bien des théories ont été émises pour expliquer l'hématocèle; tour à tour, chacun des organes du bassin a été plus ou moins énergiquement incriminé. Ce qui est bien démontré aujourd'hui, c'est qu'elle est due à diverses causes et à divers processus; c'est qu'elle est un accident produit soit primitivement, soit secondairement à des maladies très variées, et qu'elle n'a de symptômes propres, caractéristiques qu'en raison du siége qu'elle occupe, des organes qu'elle comprime ou qu'elle déplace.

De toutes les causes avancées et préconisées, nous n'en retiendrons que deux, sans vouloir dire cependant pour cela que les autres ne puissent occasionnellement trouver leur application. Nous étudierons seulement celles qui nous paraissent être les plus fréquentes, celles qu'il nous sera possible de constater la plupart du temps à l'amphithéâtre.

Virchow, un des premiers, a montré que presque toujours l'on trouve de la pelvipéritonite dans le cul-de-sac de Douglas, pelvipéritonite ou pachypelvipéritonite en tout comparable à la pachyméningite. Si, à la suite d'une inflammation légère, due à la puerpéralité par exemple, il se forme en ce point des adhérences, des fausses membranes, il peut alors apparaître de véritables cloisons ou diaphragmes constitués par un tissu conjonctif nouveau, jeune, peu solide, parcouru par des vaisseaux et des capillaires embryonnaires, partant très friables et se rompant facilement. De ces ruptures sur une étendue plus ou moins grande résulte une hémorrhagie d'abondance variable, se collectant dans des poches ou loges adventices créées par la juxtaposition peu serrée des fausses membranes. L'épanchement de sang se trouve ainsi créé et donne lieu à une tumeur de volume différent selon les cas, de consistance plus ou moins grande, de rénitence plus ou moins accentuée.

Plus fréquemment rentre en jeu la seconde des causes que nous devons étudier. Il est assez rare, en effet, que, dans le premier cas, il existe des adhérences avec des loges aussi grandes que le ferait croire l'abondance de l'épanchement

dans certaines hématocèles. Les chirurgiens anglais, Lawson-Tait surtout, ont bien démontré que l'hémorrhagie a lieu à la suite d'une grossesse tubaire, extra-utérine, l'ovule s'arrêtant dans la trompe, et principalement, s'il a existé une salpingite antérieure. Le développement de l'œuf suit son cours, et vers le troisième mois le plus souvent, il se produit une rupture de ce kyste d'autant plus aisément que les parois de la trompe, fortement sclérosées par l'influence d'inflammations antérieures, finissent par céder; les vaisseaux placentaires se déchirent et il y a écoulement sanguin plus ou moins abondant. Mais ces divers phénomènes n'aboutissent pas toujours à l'hématocèle; si l'hémorrhagie est considérable, la réaction inflammatoire n'a plus le temps de se développer; la mort arrive rapidement; nous n'avons, en réalité, à faire qu'à une hémorrhagie interne, hémorrhagie se déversant dans la cavité péritonéale. Que l'écoulement sanguin, au contraire, soit moins considérable, moins important, alors le sang se porte naturellement vers la partie la plus déclive du petit bassin, vers le cul de-sac utéro-rectal. Si le péritoine était bien portant avant l'accident, le sang ne se manifeste pas au toucher par une tumeur, car il s'épanche également de tous les côtés et cède facilement à la pression que l'on communique à la paroi vaginale avec le doigt explorateur; mais si l'hémorrhagie s'est faite dans un péritoine déjà malade, il se produit une nouvelle poussée de péritonite autour du sang collecté; des adhérences nombreuses, plus ou moins épaisses, plus ou moins solides, se forment à ce niveau; il apparaît un véritable englobement de la poche et des cloisons se développent. A leur tour, ces adhérences jeunes et toujours friables peuvent se rompre, donner de nouvelles hémorrhagies augmentant ainsi le volume primitif de l'écoulement; et alors l'hématocèle se trouve constituée avec tous ses caractères fonctionnels et physiques.

L'existence de la grossesse tubaire n'est pas absolument nécessaire pour amener la succession de tous ces phénomènes hémorrhagiques; il suffit que la congestion cataméniale atteigne un degré anormal, devienne seulement quelque peu exagérée pour qu'il se produise une rupture vasculaire; et celle-ci sera l'effet ou d'un excès dans les rapports sexuels, ou d'un surcroît de fatigue dans le métier de la malade; l'on se figure assez aisément la congestion menstruelle dépassant la limite ordinaire par l'intervention de l'une de ces causes, poussée à un degré excessif; et alors avec, et très souvent, au lieu de l'écoulement extérieur, se produira le suintement hématique dans la cavité péritonéale. Ce phénomène s'accompagnera de douleurs plus ou moins accusées dans l'abdomen, d'une congestion considérable des organes internes, enfin d'un écoulement de sang dans le péritoine. Le sang s'amasse dans le cul-de-sac de Douglas, s'y enkyste, et ce kyste s'entoure d'adhérences jeunes. *(A suivre.)*

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

*Suite et fin (1).*

III. — SUR L'ACTION ANALGÉSIANTE DU BLEU DE MÉTHYLÈ, par le professeur P. EHRLICH et le Dr A. LEPPMANN. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 23, p. 493.

IV. — SUR L'EMPLOI DES COULEURS D'ANILINE COMME ANTISEPTIQUES, par le Dr A. CARL. *Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 10, p. 371.

V. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYOKTANINE (COULEURS D'ANILINE), par le Dr BRAUNSCHWEIG. *Ibidem*, 1890, n° 11, p. 408.

(1) Voir le numéro du 7 juin.

Les recherches histologiques des dernières années ont renversé le dogme suivant lequel la substance vivante passait jadis pour échapper à nos moyens de coloration artificielle. Il est aujourd'hui démontré non seulement que ce dogme est erroné, mais encore que certaines matières colorantes ont une affinité particulière pour tels ou tels éléments anatomiques, pour telle ou telle partie constituante de nos organes. Cette découverte devait nécessairement inspirer des tentatives de « thérapentique organique locale ». Le travail des Drs Ehrlich et Leppmann se rapporte à une tentative de ce genre.

On sait, grâce aussi aux recherches d'Ehrlich notamment, que le bleu de méthyle, porté au contact de nos tissus, manifeste une affinité spéciale pour le système nerveux et par dessus tout pour les cylindres-axes des fibres nerveuses sensitives et motrice. Cette donnée a suggéré aux deux auteurs l'idée de se servir du bleu de méthyle pour influencer les manifestations douloureuses. Les expériences ont été faites sur des aliénés criminels, détenus à la prison Moabit, de Berlin, c'est-à-dire sur des sujets réalisant les mêmes conditions de milieu, d'hygiène, d'alimentation, d'âge, soumis à un isolement rigoureux qui facilitait le contrôle, échappant aux causes d'erreur qu'on rattache à la suggestion. Pour ces recherches Ehrlich et Leppmann ou eu à leur disposition du bleu de méthyle chimiquement pur, ne contenant pas de traces de chlorure de zinc, et ce point a une grande importance, car la pureté de la matière colorante est indispensable pour que la coloration par le bleu de méthyle se limite rigoureusement aux éléments nerveux des tissus. En outre, les dangers d'une intoxication se trouvent atténués par l'emploi d'un produit parfaitement pur.

Le bleu de méthyle a été administré 1° par la voie sous-cutanée, en solution concentrée (environ 2 0/0), d'abord à raison de 1 centimètre cube par injection, dose qui fut portée progressivement à 4 centimètres cubes; 2° par les voies ordinaires, enrobé dans des capsules gélatineuses, par prises de 0,1 à 0,5 à la dose quotidienne maxima de 1 gramme.

Les injections n'ont occasionné ni douleur, ni réaction locale, à part un peu de tuméfaction molle, qui se dissipait en l'espace de quelques jours. L'administration du bleu de méthyle, par les deux voies sous-cutanée et buccale, n'a jamais entraîné d'effets fâcheux appréciables; l'appétit, les fonctions digestives, le pouls, l'état des forces n'ont pas été influencés par le traitement. 2 malades, sur environ 40 qui ont fait l'objet de ces expériences, ont été pris de vomissements; l'un était très anémique et atteint d'une affection cardiaque, l'autre présentait des signes d'un catarrhe aigu de l'estomac.

Le passage rapide de la matière colorante dans le sang était attesté par une teinte verte que présentait l'urine, au bout d'un quart d'heure, au plus une heure; au bout de deux heures, cette teinte passait au vert bleuâtre, au bout de quatre heures au bleu foncé. Pour faire apparaître ces changements de coloration il a été quelquefois nécessaire de soumettre les urines à l'échauffement. En outre, la salive et les matières fécales des sujets en expérience ont également présenté une teinte bleuâtre.

Les résultats thérapeutiques peuvent se résumer dans ces quelques mots: Dans certaines formes d'affections douloureuses localisées, c'est-à-dire dans les névrites, dans les affections rhumatismales des muscles, des articulations et des gaines tendineuses, le bleu de méthyle exerce une action analgésiante. Cette action se présente avec des caractères particuliers. Ainsi elle se manifeste quelques heures (le plus souvent deux) après l'administration du bleu de méthyle, elle va

en s'accentuant jusqu'à production d'une analgésie complète lorsque le remède a été administré à dose suffisante (0, 06 en injections sous-cutanées, 0.1 à 0,25 *per os*). Cette marche de l'action analgésiante trouve son explication dans ce que nous a appris Ehrlich, touchant les modifications subies par les nerfs d'un animal vivant auquel on a injecté du bleu de méthyle sous la peau. Dans les heures qui suivent, les nerfs présentent d'abord une coloration bleu diffuse, qui fait place ensuite à l'apparition de granulations bleuâtres, irrégulières, dans le cylindre-axe; finalement ces granulations disparaissent, entraînées sans doute par voie mécanique. Selon toute apparence il se forme donc, entre la matière colorante et certaines parties constituantes de la substance nerveuse, une combinaison insoluble, par suite de quoi la composition chimique du nerf se trouve modifiée, et c'est à cela que serait due l'action analgésiante. Celle-ci ne s'émousse pas, quand on continue pendant quelque temps l'administration du bleu de méthyle. Quant au reste, à cela se borne l'action de cette substance, ni la tuméfaction inflammatoire, ni les épanchements dans les formes tendineuses et dans les jointures ne sont modifiées.

Tout effet analgésiant a fait défaut dans des cas de douleurs ostéocopes, de douleurs en rapport avec un ulcère rond de l'estomac ou quelque autre affection organique, dans des cas de neurasthénie.

On n'a pas non plus observé d'effet antipyrétique, de la part du bleu de méthyle. Par contre, dans un cas de migraine angiospastique, l'emploi de ce remède a coupé un accès en cours; dans un autre cas, l'accès a perdu de sa violence.

II. — Il y a quelques semaines, M. Stilling (1) publiait un travail sur les propriétés antiseptiques des couleurs d'aniline, dans lequel il exposait ses recherches sur les propriétés microbicides de ces matières colorantes, du violet de méthyle en particulier. D'après Stilling, ces propriétés microbicides existent à un degré très prononcé.

M. Stilling a fait l'application de cette notion nouvelle au traitement de certaines affections des yeux, et il s'exprime avec beaucoup d'enthousiasme sur les premiers résultats qu'il a obtenus.

Bref, le violet de méthyle, en applications topiques dans le traitement des ulcérations cornéales de toute nature, dépassé en efficacité tous les remèdes connus, à en croire M. Stilling.

M. Carl, de Francfort, n'a pas obtenu des résultats aussi satisfaisants. Il a expérimenté d'abord la fuchsine, le violet de gentiane, le bleu de méthyle, le violet de méthyle, pour s'en tenir finalement à ce dernier. Pendant plusieurs mois, il a employé des solutions aqueuses de violet de méthyle en instillations dans l'œil, dans le traitement des affections de la conjonctive, et en applications directes sur le siège du mal, à l'aide de pinceaux très fins, dans les cas d'ulcérations de la cornée.

Pour ce qui concerne d'abord les affections de la conjonctive, M. Carl a résumé son jugement sur la valeur du violet de méthyle dans ces quelques mots : influence salutaire sur la marche de la maladie, nulle.

Quant aux affections ulcéreuses de la cornée, aux infiltrations ulcéreuses superficielles notamment, les applications directes de violet de méthyle n'ont jamais « coupé le mal », ainsi que l'a observé Stilling; dans quelques cas, il y a en seulement une diminution notable des signes d'irritation, le lendemain de l'application du violet de méthyle. Il est vrai qu'on

(1) Stilling. Anilinfarbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung für die Praxis. Strasbourg, 1890.

avait employé concomitamment les instillations d'atropine, de sorte qu'il est difficile de savoir au juste quelle part revient à chacun des deux agents employés, dans l'action curative.

D'autre part, Carl relate un cas d'ulcération serpigineuse de la cornée, où, selon toute apparence, les applications de violet de méthyle ont imprimé une modification fâcheuse à la marche de la maladie. Je passe sur les détails de ce cas.

III. — M. Braunschweig annonce des résultats qui sont également de nature à calmer l'enthousiasme qu'avait fait naître la publication du travail de Stilling.

M. Braunschweig a expérimenté la valeur antiseptique des couleurs d'aniline, à la clinique ophtalmologique du professeur Gräfe, de Halle. Tout d'abord, il a pu constater l'innocuité de ces produits, en ce sens que leur emploi, dans le traitement d'un grand nombre de cas d'affections oculaires, n'a jamais causé de symptômes généraux d'intoxication. En instillations dans l'œil, les solutions de matières colorantes ont produit une légère sensation de brûlure, qui, souvent, ne durait que quelques instants, qui, d'autres fois, persistait pendant un quart d'heure et plus, s'irradiant dans les conjonctives et jusque dans les tempes, s'exaspérant même jusqu'à l'état de violente douleur, qu'une application de cocaïne, avant ou après l'instillation, ne calmait que modérément. Dans les cas où la conjonctive était saine, l'application d'une couleur d'aniline a presque toujours été suivie d'une légère irritation locale, d'une sensation de brûlure, et de larmoiement, même quand on touchait très légèrement avec un crayon qui contenait la substance colorante.

Indépendamment de ces phénomènes subjectifs, on a observé quelquefois une injection ciliaire très prononcée, une hyperémie et une tuméfaction considérables de la conjonctive primitivement normale; dans trois cas de kératite parenchymateuse, la conjonctivite survenue dans ces conditions s'est même compliquée d'une production de fausses membranes.

Il a suffi de suspendre l'emploi topique des matières colorantes, pour voir disparaître ces fâcheuses complications. Chez deux malades il est vrai, on a observé à la suite des applications de matières colorantes des lésions de la cornée, qui paraissaient être imputables à la médication employée.

Plusieurs malades, qui avaient été traités par les applications d'auramine, ont vu jaune. Cette xanthopsie était due à la rapide diffusion de la matière colorante dans l'humeur aqueuse et le corps vitré ; elle durait une demi-heure environ.

Résumant les résultats obtenus à la clinique de Halle, dans le traitement des maladies d'yeux, par des applications locales de couleurs d'aniline, Braunschweig a groupé ses cas en trois catégories :

Le premier groupe comprend les cas, en très petit nombre, où la médication a donné des résultats salutaires. Ainsi un cas de panophtalmite au début a été, sinon coupé, du moins enrayé dans sa marche à la suite des applications de violet de méthyle.

De même, quelques cas de blépharite ciliaire ont également été influencés dans un sens favorable.

Un second groupe comprend les cas (et c'est la majorité) où l'influence de la médication paraît avoir été nulle.

Enfin le troisième groupe comprend les cas où les applications de couleur d'aniline ont produit une aggravation locale de la maladie d'yeux ; c'est ce qui a en lieu surtout dans les cas de conjonctivite avec sécrétion abondante, qui, sous l'influence de la médication colorante, se compliquent facilement d'infiltration pseudo-membraneuse. De même, des cas de kératite parenchymateuse, de trachome, avec intégrité de la conjonctive, se sont compliqués en conjonctivite.

Soit dit en passant, Braunschweig fournit des renseignements très précis sur l'imprégnation des milieux de l'œil par les matières colorantes. La matière colorante jaune d'aniline produit une imprégnation beaucoup plus intense et se diffuse avec beaucoup plus de rapidité. L'aspect qui provient de cette imprégnation est particulièrement agréable chez les personnes à iris clair. Il suffit de toucher légèrement un point de la conjonctive bulbaire avec la matière colorante, et de commander au sujet l'occlusion des paupières, pour qu'en l'espace de quelques secondes, conjonctive, sclérotique, iris, soient teintées de jaune. La muqueuse oppose une résistance plus grande à l'imprégnation du violet d'aniline. D'autre part, il n'a jamais été possible d'obtenir un bleuissement bien manifeste de l'iris ou d'un hypopion, même quand on faisait des applications répétées de bleu de méthyle, à des intervalles rapprochés.

Pour ce qui concerne la durée de la coloration, c'est avec le jaune d'aniline que cette durée est la plus courte; d'où l'on peut conclure que la rapidité de l'élimination est proportionnelle à la rapidité de diffusion des matières colorantes. Ainsi, après attouchements d'une plaie cornéale avec un crayon contenant du jaune d'aniline, la teinte jaune du tissu ambiant disparaissait au bout de trois heures, tandis que la même expérience étant répétée avec un crayon de violet d'aniline, la coloration bleue subsistait même au bout de douze heures. La durée de la coloration est indépendante de la forme sous laquelle la matière colorante est employée et de l'état de la surface touchée.

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

I. ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES. — II. LES ALIÉNÉS ET LES ASILES D'ALIÉNÉS, par le Dr Jules FALRET, médecin de la Salpêtrière, Président de la Société médico-psychologique de Paris (2 vol. in-8 de 600 p., Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890).

A l'exemple de son illustre père qui, arrivé au terme de sa carrière scientifique, réunit en un volume ses divers travaux sur l'aliénation mentale, M. Jules Falret a voulu à son tour rassembler les plus importantes de ses publications, disséminées depuis vingt-cinq ans dans les *Archives de médecine*, les *Annales médico-psychologiques* et le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. L'ensemble de ces publications constitue deux volumes de 600 pages, qui viennent de paraître à quelques mois de distance. Sous le nom d'*Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, le premier contient les articles de pathologie mentale proprement dité; le second, qui a pour titre : *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, est plus particulièrement consacré aux questions d'assistance, de législation et de médecine légale.

Certes, il n'est personne, parmi les travailleurs de la génération présente, qui ne connaisse, pour s'en être inspiré, les remarquables travaux de M. Jules Falret et la science, qui n'est pas une ingrate, lui eût certainement fait plus tard la place qu'il mérite auprès de son père, à côté de ses éminents et regrettés amis, Morel et Lasègue.

Ce n'est donc pas pour sauver de l'oubli des idées et des descriptions dont la valeur était par elle-même une garantie de durée dans l'avenir, que le distingué médecin de la Salpêtrière a cru devoir leur donner la forme du livre. Il l'a fait par une sorte de piété filiale et pour permettre à ses contemporains et à ses successeurs de juger en bloc l'œuvre de toute sa vie.

Pour ma part, j'avais déjà maintes fois lu et médité les principaux articles de M. Jules Falret qui sont, de l'aveu de tous, des chefs-d'œuvre de bon sens en même temps que des modèles d'exactitude et de précision cliniques. Mais jamais je ne m'étais rendu compte de l'importance de ces travaux et de l'immense labeur qu'ils représentent, comme en les lisant à nouveau, réunis dans ces deux volumes.

L'impression qui se dégage de cette vue d'ensemble, c'est que non seulement les idées de M. Jules Falret ont eu une énorme influence sur les progrès accomplis dans ces vingt dernières années en pathologie mentale, mais encore qu'elles contiennent en germe et souvent en détail, des faits scientifiques qu'on a cru découvrir depuis.

Nous ne sommes pas, il faut bien le dire, assez pénétrés des travaux de nos devanciers. Peut-être cela vient-il de leur accumulation croissante qui en rend impossible l'assimilation complète; peut-être aussi de la hâte excessive que chacun de nous a de produire à son tour, sans s'être suffisamment trempé aux sources du passé. Quoi qu'il en soit, notre érudition est imparfaite, et il nous arrive tous les jours de répéter, croyant innover, ce que les anciens ont pensé et dit avant nous.

Ce sont là des réflexions qu'on peut surtout se faire en parcourant les mémoires reproduits par M. Jules Falret dans ses deux volumes et dont les principaux sont compris dans la période qui s'étend de 1860 à 1880.

On n'attend pas de moi que je donne une analyse même succincte de ces mémoires, qui sont connus de tous, et il me suffira d'en indiquer le titre et la date pour rappeler dans ses grandes étapes la vie scientifique de leur auteur.

Le premier volume s'ouvre par une préface qui résume à grands traits l'histoire de l'aliénation mentale dans le siècle actuel, depuis Pinel et Esquirol jusqu'à nos jours. M. Falret rappelle les principales découvertes qui ont successivement battu en brèche les doctrines de ces deux maîtres, longtemps incontestées, et il montre que nous traversons à l'heure présente une phase de transition, entre un édifice ancien qui s'écroule et un mouvement nouveau à reconstruire.

Qu'il me soit permis d'ajouter que l'architecte futur, comme dit M. Jules Falret, trouvera dans ses propres travaux des matières importantes pour cette édification nouvelle.

Voici la liste de ces travaux :

*Volume I.*

1° Principes à suivre dans la classification des maladies mentales (1860);

2° Séméiologie des affections cérébrales (1860);

3° Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales (1853);

4° Des diverses paralysies générales (1855);

5° Du diagnostic différentiel des paralysies générales (1878);

6° La paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale (1858);

7° Variétés cliniques de la paralysie générale (1878);

8° De la catalepsie (1857);

9° Théories physiologiques de l'épilepsie (1862);

10° État mental des épileptiques (1860);

11° Trouble du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales : aphémie, aphasie, abalie, amnésie verbale (1864);

12° Folie raisonnante ou folie morale. Premier discours (1866);

13° Folie raisonnante ou folie morale. Second discours, réponse à M. Delasiauve (1866);

14° La folie à deux ou folie communiquée (en collaboration avec le Dr Ch. Lasègue, 1877);

15° La folie circulaire ou folie à formes alternes (1878-1879).

*Volume II*

1° La colonie d'aliénés de Gheel (1862);

2° Des divers modes de l'Assistance publique applicables aux aliénés (1864);

3° L'asile médico-agricole de Leyme (Lot) pour le traitement des aliénés (1863);

4° Les asiles d'aliénés de la Hollande (1862);

5° Les législations étrangères sur les aliénés et les réformes proposées à la loi de 1838 (1869);

6° La responsabilité légale des aliénés (1876);

7° Les aliénés dangereux (1868);

8° Les asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels (1668);

9° Affaire Jeanson, accusation d'incendie et de meurtre (1869);

10° La consanguinité (1866);

11° L'amnésie (1866);

12° L'aphasie (1866);

13° La fonction du langage articulé, avec une observation d'aphasie (1866);

14° Cas d'aphasie avec hémiplégie droite, pour lequel on demande l'interdiction (1868);

15° Emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques de l'hospice de Bicêtre (1871).

Tels sont les principaux travaux de M. Jules Falret, et il est facile de voir, par leur simple énumération, qu'ils embrassent la pathologie mentale tout entière.

Et pourtant, ce n'est pas là toute l'œuvre du maître. Chacun sait qu'à diverses époques, soit à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, soit à la Salpêtrière, il a professé des leçons cliniques très goûtées qui, malheureusement, sont restées inédites. M. Falret nous laisse entrevoir que le temps est proche sans doute où ses occupations lui laisseront la possibilité de les publier. Nous prenons acte de cette promesse et nous espérons qu'elle sera réalisée, pour le bien de tous, dans un avenir prochain. E. Régis.

### REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude de la fièvre du Magdalena, par C. Esguerra (Thèse de Paris, 1889.)

La fièvre du Magdalena n'est pas une entité morbide, c'est la pathologie fébrile de toute la région essentiellement palustre de l'Amérique du Sud arrosée par le grand fleuve. Elle comprend depuis les fièvres intermittentes simples jusqu'aux fièvres pernicieuses les plus graves et les plus rapidement mortelles, sans en excepter des formes mal définies qui, pour les uns sont la fièvre rémittente bilieuse, la bilieuse hématurique et pour un petit nombre d'autres, la fièvre jaune.

L'auteur est convaincu que cette dernière affection existe réellement dans la vallée du Haut-Magdalena et qu'elle a servi de base aux grandes épidémies successivement étudiées dans le cours de son travail. Il l'a vue en effet apparaître dans des localités nullement malariennes alors que les conditions hygiéniques ordinaires et accidentelles des villes étaient des plus favorables au développement du typhus? Au reste l'apparition de la fièvre jaune dans l'intérieur du pays n'est pas pour lui difficile à interpréter étant donnés les faits d'observation d'une part et de l'autre les notions classiques concernant la façon dont la maladie se propage. Il n'est pas semble-t-il jusqu'aux habitants qui ne l'aient reconnue par la contagiosité de son germe morbide, par la propriété qu'il possède d'être reproductible et transmissible, et qui n'incriminent les bateaux à vapeur et les chemins de fer comme étant ses moyens de transport et de propagation.

En attendant que la microbiologie soit venue mettre hors de doute la nature du mal, l'aspect clinique de l'affection, les lésions nécroscopiques, l'inefficacité même du traitement par la quinine paraissent plaider énergiquement en faveur d'une telle hypothèse.

Des plaies par armes a feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée, par Ch. Petit (Th. de Paris, 1889.)

La région antérieure du cou est plus souvent intéressée par des instruments tranchants ou piquants que par des armes à feu. Ce n'est généralement qu'en temps de guerre qu'elle risque d'être blessée par balles ou par éclats d'obus, ce qui explique la contribution apportée par les chirurgiens militaires à l'étude de ses traumatismes. On doit reconnaître que la nature des organes susceptibles d'être atteints donne aux désordres constatés une allure clinique toute spéciale. Et sans nous attarder à la description de leurs variétés, bornons-nous à dire que les plaies par armes à feu du conduit laryngo-trachéal sont graves, qu'elles exigent la plupart du temps la trachéotomie préventive : de bonne qu'elle est dans les cas mêmes où l'asphyxie et les symptômes du début ne paraissent pas la réclamer impérieusement, cette dernière devient indispensable si le blessé doit échapper à une surveillance médicale constante.

L'auteur a pu relever dans la littérature médico-militaire moderne, soixante-quatre observations fort intéressantes de plaies par armes à feu du conduit laryngo-trachéal.

## INDEX DE THERAPEUTIQUE

**Le meilleur correctif du quinquina.** — Si l'on apprécie une découverte au point de vue des services qu'elle a rendus, on peut affirmer que celle du quinquina a été l'une des plus importantes pour l'humanité. Le quinquina, en effet, est un médicament d'une utilité immense. C'est l'agent principal de la réparation des forces. Il n'existe certainement pas dans la thérapeutique une action aussi bien démontrée que celle du quinquina dans le traitement de l'anémie, à la condition toutefois que le médicament sois bien toléré. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Tous les praticiens out observé les irritations intestinales, la constipation, que l'emploi du quinquina détermine chez beaucoup de personnes anémiques et surtout chez les femmes délicates et nerveuses, et chez les enfants.

En présence de ces inconvénients que présente l'usage du quinquina, il peut donc être intéressant de rechercher quelle est en réalité, parmi les nombreuses préparations à base de quinquina celle que l'expérimentation médicale indique comme possédant tous les avantages du quinquina, sans en avoir les inconvénients. Il est de toute évidence que la meilleure préparation sera celle qui présentera les principes du quinquina rationnellement associés à des substances possédant à la fois des propriétés adoucissantes, rafraîchissantes, digestives et nutritives de manière à tempérer les éléments astringents du quinquina et à en augmenter la digestibilité. La préparation qui répond le mieux à ces indications thérapeutiques multiples, c'est le vin de Secretan au quinquina, à l'extrait fluide de malt et aux écorces d'oranges amères. Tout le monde sait que l'extrait fluide de malt représente dans leur

intégrité absolue, et à l'état concentré tous les principes solubles du malt. Sous l'influence de la maltose qui est l'élément adoucissant et rafraîchissant de l'extrait fluide de malt, le quinquina perd complètement son action échauffante, constipante pour ne conserver que ses propriétés toniques et reconstituantes; d'un autre côté, la présence de la diastase à l'*état naissant* qui constitue l'élément digestif de l'extrait fluide de malt, assure l'assimilation organique de tous les principes du quinquina. Enfin, rappelons encore que les substances albuminoïdes de l'extrait fluide de malt, si riches en principes azotés et phosphatés, favorisent au plus haut degré, par leurs propriétés nutritives, l'action souverainement tonique et fortifiante du quinquina.

C'est à cette association rationnelle de principes à la fois toniques, digestifs et nutritifs, que le vin de Secretan doit sa grande supériorité sur les autres vins de quinquina et en particulier son efficacité contre l'anémie.

# BULLETIN

SUR LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE.

Les récentes découvertes microbiennes, qui ont complété nos connaissances relatives à l'étiologie des pleurésies purulentes, doivent-elles modifier en même temps les idées reçues concernant le traitement de cette redontable variété de suppurations viscérales? Il y a peu de temps encore, on admettait à peu près universellement l'utilité des lavages intra-pleuraux comme moyen complémentaire de l'opération radicale de l'empyème; la doctrine de l'antisepsie semblait, d'ailleurs, justifier parfaitement cette pratique. A serrer la question de plus près, on voit pourtant que l'efficacité de ces injections n'est peut-être pas aussi absolue qu'on l'a cru longtemps, que peut-être même elles ne sont pas sans comporter quelques inconvénients. Ce sont précisément ces objections qui ressortent de la communication faite vendredi dernier, par M. Bucquoy, devant la Société médicale des hôpitaux, au sujet de la classification et du traitement des pleurésies purulentes. Notre collègue est venu exposer quatre faits d'empyème suivis de guérison. Dans chacun de ces cas, le traitement avait été réduit à un seul lavage pratiqué aussitôt après l'évacuation du pus. Grâce aux précautions antiseptiques prises pour le pansement, la cicatrisation définitive eut lieu rapidement, dans un laps de temps inférieur à celui que l'on observe d'ordinaire pour les épanchements traités par les injections répétées. De l'examen raisonné de ces quatre faits, M. Bucquoy a cru pouvoir tirer des conclusions qui s'éloignent sensiblement des idées généralement admises.

On doit tout d'abord reconnaître la valeur des arguments dont notre collègue s'est servi pour contester la valeur des injections intra-pleurales à la suite de l'empyème, notamment de celui qui est tiré de la nécessité de respecter les adhérences qui s'établissent entre les deux feuillets de la plèvre enflammée et dont le rôle dans l'effacement et la suppression ultérieure de la cavité purulente paraît assez considérable. Nul doute que les irrigations réitérées à grande eau ne contribuent puissamment à rompre ces adhérences et par là même à faire disparaître un moyen efficace de cicatrisation. D'autre part, il n'est pas certain que ces irrigations exercent tout l'effet antiseptique qu'on leur impute, car les microbes qu'il s'agit d'atteindre ne flottent pas tous à l'état libre dans la masse de l'épanchement, il en est un bon nombre qui restent incorporés dans l'épaisseur de la plèvre enflammée et ceux-là, c'est chimère de vouloir les atteindre. On voit donc que, même au point spécial de l'antisepsie, le lavage manque une partie de son but. Dès lors, pourquoi maintenir une pratique dont les inconvénients apparaissent bien plus clairement que les avantages? D'ailleurs, il va sans dire que cette conclusion ne saurait s'appliquer qu'aux épanchements purulents simples et non à ceux d'origine nettement putride (gangrène pulmonaire) pour lesquels l'antisepsie est de rigueur.

Nous ne chercherons pas à prendre position à notre tour dans un débat qui est loin d'être épuisé, mais nous ferons remarquer, pourtant, que les critiques de M. Bucquoy n'ont peut-être pas toute la portée qu'il leur attribue. En ce qui concerne le rôle et l'utilité ultérieure des adhérences, M. Netter a rappelé qu'elles ne sont pas destinées à s'organiser et que, dès lors, leur intégrité importe peu à la cicatrisation et à l'oblitération définitive de la cavité pleurale enflammée. Puis, l'introduction répétée d'un liquide doué de propriétés antiseptiques énergiques est une précaution utile vis-à-vis de la pullulation des microbes pathogènes qui persistent dans l'épanchement et dans l'épaisseur de la membrane pyogène. D'ailleurs, il faut tenir ici grand compte du genre et de la variété d'empyème auxquel on a affaire et qui ne peuvent être, déterminés qu'après l'examen bactériologique du liquide extrait par une ponction exploratrice préalable. Cette dernière formalité nous paraît précisément indispensable avant de pratiquer la thoracotomie, et c'est d'après les renseignements fournis par elle que l'on décidera de la conduite à tenir, aussitôt la cavité pleurale largement ouverte. Avec un renseignement préliminaire aussi important, la question de l'opportunité des injections antiseptiques et modificatrices pour tel ou tel cas donné se résoudra pour ainsi dire d'elle-même.

P. Meselier.

# NOTES ET INFORMATIONS

Conférences cliniques de Gynécologie. — M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure.

Opérations le mercredi.

Le choléra en Turquie. — Voici les derniers bulletins publiés par le conseil d'hygiène de la Turquie : 1° le 25 avril, il y a eu un cas de choléra à Mossoul; 2° le 27, trois nouveaux cas, dont un rapidement mortel; 3° le 13 mai, nouveau cas dans la même ville; 5° on a fait courir le bruit que le choléra aurait fait son apparition dans plusieurs des villages avoisinant Mossoul.

Les autorités ont établi des quarantaines. Le gouvernement russe a envoyé en Turquie et en Perse, le Dr Eliséëff, pour faire un rapport sur la marche de l'épidémie.

L'Institut Pasteur a New-York. — L'Institut Pasteur, fondé récemment à New-York, a donné jusqu'ici de très bons résultats. Pendant le mois d'avril, sept personnes, mordues par des chiens enragés y ont été traitées avec succès.

— M. le ministre de l'intérieur a déposé jeudi dernier, sur le bureau de la Chambre des députés, deux projets de loi qui intéressent le Corps médical.

Le premier, élaboré de concert avec le ministre de l'instruction public, est relatif à l'exercice de la médecine; il a été renvoyé à la Commission déjà nommée pour examiner tout ce qui se rapporte à l'exercice de l'art de guérir. Ce projet est destiné à remplacer celui que M. Lockroy avait déposé jadis au nom du gouvernement et qu'il a repris, à titre de député, depuis la nouvelle législature.

Le deuxième projet, sur l'assistance médicale gratuite dans les campagnes, a été renvoyé à l'examen des bureaux. Le texte de ce projet est conforme aux indications que nous avions fournis sur ce sujet dans plusieurs numéros.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

*Mémoire de la Société de médecine de Strasbourg*. Tome vingt-quatrième. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1889.

*L'Inhalation et le humage dans diverses stations thermales et principalement à Cauterets*, par le Dr G. Duhoureau, lauréat de l'Académie. — Paris, imprimerie F. Levé, 1890.

*Études de clinique infantile*, par le Dr Levestre, médecin de de l'hospice des Enfants-Assistés. — Paris, G. Lecrosnier et Babé et Bureaux du *Progrès médical*, 1889.

*De la mélagoscopie* (mélagoscopie vésicale), par le Dr Boisseau du Rocher. — Paris, typographie G. Chamerot, 1850.

*La femme pendant la période menstruelle*, étude de psychologie morbide et de médecine légale, par le Dr S. Jiard. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1890.

*Trépanation pour hémorrhagie cérébrale* (série de trépanations pour accidents divers, vertiges, épilepsie vraie et symptomatique), par le Dr J. Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, A. Coccoz, éditeur, 1889.

*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. XI, 1re partie. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890.

*La chirurgie du sinus sphénoïdal*, par le Dr Émile Berger, lauréat de l'Institut. — Paris, O. Doin, éditeur, 1890.

*Étude d'hygiène sociale* (syphilis et santé publique), par le Dr T. Barthélemy, médecin, nommé au concours, de Saint-Lazare. Un vol. in-16 broché de 352 pages avec 5 planches hors texte, 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*The treatment of internal derangement of the Kneejoint by operation*, by Herbert W. M. Allingham, F. R. C. S. Surgeon. Un vol. in-8o cartonné de 165 pages avec figures dans le texte. — J. et A. Churchill, 11, New Burlington Street à London.

*Vingt cas d'affections gynécologiques traités par le massage*, par le professeur F. Vulliet. Observations recueillies et rédigées par le Dr Mihran Boyadjian. Une brochure in-8o de 32 pages. — Imprimerie Rivera et Dubois, quai des Moulins, à Genève (Suisse).

*Lésion mitrale et tuberculose pulmonaire*, par le Dr A. Brousse, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Une brochure in-8o de 9 pages. — Extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# HYDROLOGIE

## DES EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que, pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique. Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et quel était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MEDECINE PRATIQUE

Relations de l'albuminurie avec les psychoses (a propos d'un cas de folie du doute coincidant avec une néphrite chronique). — Un nouveau cas de folie brightique, par le Dr F. Raymond, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Une question qui ne nous paraît pas avoir attiré autant qu'elle le mérite l'attention des médecins, des aliénistes en particulier, est celle qui concerne les rapports de l'albuminurie avec diverses formes d'affections mentales. Ces rapports, il est à peine besoin de le dire, peuvent être considérés à deux points de vue très différents.

1° L'albuminurie survenant dans le cours d'une affection mentale, peut être un symptôme placé sous la dépendance plus ou moins directe de la lésion des centres nerveux, soit que cette lésion engendre une albuminurie comparable à celle que fait naître l'expérience bien connue de Claude Bernard, soit que la filtration de l'albumine tienne à des altérations du rein, de même ordre et de même nature que les altérations des centres nerveux dont dépend l'affection mentale ;

2° Dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans le cours d'une affection mentale bien caractérisée ou de troubles psychiques fortuits, l'albuminurie, conséquence d'une lésion du filtre rénal, peut être le signe révélateur d'une intoxication autochtone qui, chez un sujet prédisposé, a été la cause occasionnelle des désordres psychiques, ou une cause d'aggravation passagère d'une psychose en cours d'évolution. L'albuminurie dénote une perturbation des fonctions dépuratrices des reins. Plus l'albuminurie est considérable, plus cette fonction dépuratrice est troublée, plus le sang se charge des poisons qui, à l'état de santé, filtrent avec les urines à travers les reins.

Il s'établira ainsi une intoxication autochtone qui, dans certaines circonstances à déterminer, peut jouer le rôle que nous venons de dire. Il va de soi que, dans le second cas, l'apparition intermittente des troubles psychiques ou leur aggravation passagère devront coïncider avec un retour ou une aggravation de l'albuminurie.

Le premier point de vue, celui qui consiste à envisager l'albuminurie en tant que symptôme ou épiphénomène d'une affection mentale, a fixé l'attention d'un certain nombre de médecins, aliénistes et autres, dans le cours de ces dernières années. Sans prétendre à faire l'historique complet de cette question, je rappellerai que Fürstner (*Archiv. für Psychiatrie*, t. VI, p. 755, 1876) a examiné systématiquement les urines chez un grand nombre d'alcooliques en proie au delirium tremens. Des résultats annoncés par Fürstner, nous ne voulons retenir ici que ces deux points : chez un certain nombre de sujets, le degré d'albuminurie a suivi une marche parallèle à l'intensité du délire ; d'autre part, cette albuminurie s'est rencontrée dans le cours du délire alcoolique, chez des sujets à l'autopsie desquels on n'a point trouvé de lésions rénales.

## FEUILLETON

### ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

*(Suite et fin.)* (1).

III

Le dévoué service de santé de la Marine vient aussi d'être affranchi du commissariat qui lui, n'est pas recruté parmi de grands ou petits capitaines, mais parmi de minces licenciés en droit. Vous vous imaginez que voilà un titre rare et de difficile pénétration. Bref, voilà les médecins de marine autonomes et débarrassés de ces porteurs de licences.

La loi portant création de l'Ecole supérieure de santé de la marine, vient d'être promulguée à l'*Officiel*. Aussitôt, trois villes en sont montées à l'abordage. Les maires de Bordeaux, Marseille et Montpellier ont immédiatement pris un billet d'aller et retour et se sont précipités dans les antichambres du ministère de la marine, pour torpiller de leurs demandes M. Barbey. Celui-ci, pour éviter ce « lancer » a dû faire le « défaut » habituel : il a nommé une commission.

Et de rechef, les trois chasseurs d'Ecole ont rembûché la commission avec une forte partie de rabatteurs, députés, conseillers généraux et même municipaux de la région. Ce combat naval sera chaud.

***

Bordeaux espère ne pas négocier en vain ; Marseille se propose de parler d'or, quant à Montpellier, les deux villes de long-cours amatelotées contre lui, le considèrent comme ne pouvant diplômer que des médecins d'eau douce ; — mais tout arrive.

Il y a bien eu, sous la Restauration, une Ecole navale à Angoulême !

La commission qui va être l'objet d'un pourchas et de déclarations très passionnées, devra se blinder du triple airain qu'Horace accorde au premier navigateur. Il y aura des œillades, des décol-

(1) Voir les deux numéros précédents.

Plus récemment, un médecin anglais, Turner (*The British medic. Journal*, 17 décembre 1887), a fait des recherches analogues chez 200 pensionnaires d'un asile d'aliénés; il a trouvé de l'albuminurie dans 81 cas, notamment dans des cas de démence sénile, de manie, de folie secondaire et d'épilepsie.

Dans le courant de l'année dernière, un autre médecin allemand, Köppen, a publié (*Archiv für Psychiatrie*; t. XX, p. 825, 1889) un volumineux mémoire sur « l'albuminurie et la propeptonurie dans les psychoses ». Les observations au nombre d'environ quatre-vingt-dix, réunies par l'auteur ont été groupées en trois classes :

Une première comprend les cas où l'albuminurie était sous la dépendance de la psychose, où, pour me servir des expressions de l'auteur, c'est « le cerveau qui influençait le rein ». Dans plusieurs de ces cas, d'ailleurs, l'albuminurie s'est rencontrée chez des malades à l'autopsie desquels on a constaté l'intégrité des glandes rénales, et j'ai déjà dit plus haut, que Fürstner avait fait la même constatation. D'autre part, dans les faits de ce premier groupe, l'albuminurie a été considérable, surtout dans les cas de *délire aigu*, de *manie délirante* et dans *d'autres formes de psychoses qui traversaient accidentellement une phase délirante*. Enfin, dans un assez grand nombre de cas l'albuminurie a suivi une marche parallèle à celle des accidents psychiques.

Dans un autre groupe, Köppen a rangé trois cas (démence avec délire, démence sénile) où une même lésion plus ou moins généralisée, l'*artério-sclérose*, avait engendré des altérations synchrones des centres nerveux, ayant donné lieu les unes aux désordres psychiques, les autres à l'albuminurie.

Enfin dans un autre groupe (le second), l'auteur a fait entrer quatre cas de psychoses, dont deux de délire aigu, développées dans le cours et à la suite d'une néphrite chronique.

Chez un malade de ce groupe, il existait un rapport manifeste entre les variétés d'intensité de l'albuminurie et l'intensité des manifestations délirantes : à plusieurs reprises, le délire et l'agitation du malade ont augmenté proportionnellement aux œdèmes et à l'albuminurie. Puis, quand sous l'influence de la digitale, les œdèmes et l'albuminurie diminuaient, en même temps que les urines coulaient plus abondantes, le délire se calmait.

Voilà qui nous ramène à l'autre point de vue de notre question : à l'albuminurie considérée comme le signe révélateur d'une intoxication autochtone qui, dans certaines circonstances, peut être une cause occasionnelle ou une cause d'aggravation de certains désordres psychiques.

***

Il y a près de dix ans (1880), j'ai publié dans les *Archives générales de médecine*, un travail sur « certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie ». Dans ce travail, j'ai rappelé que le délire est très rare comme manifestation isolée de l'urémie, et qu'alors il présente ordinairement des caractères bien définis; il est modéré, doux, tranquille, essentiellement transitoire, et se montre habituellement à la période terminale des accidents urémiques. Mais j'ajoutais aussitôt qu'il peut se présenter avec d'autres caractères, qu'il peut être bruyant, frénétique, revêtir les allures d'un véritable accès de folie, de folie maniaque surtout, et qu'alors, suivant la remarque de Lasègue, se posait la question de savoir si les accidents délirants sont bien imputables à l'intoxication urémique.

Pour montrer qu'il peut en être ainsi, que dans le cours et sous l'influence d'une intoxication urémique il peut se produire des manifestations délirantes qui simulent la folie, j'ai cité d'abord un certain nombre d'observations empruntées à différents auteurs (Hagen, Jolly, Welks, Schulz, Husland, Lécorché), et sur lesquelles je ne reviendrai pas. J'ai relaté ensuite quatre observations de néphrites chroniques et d'urémies compliquées l'une, d'accidents de manie aiguë, une autre, de délire tantôt religieux, tantôt érotique, et alternant avec des troubles dyspnéiques; une troisième, où cette même alternance existait avec du délire et des hallucinations des sens; une quatrième enfin, compliquée de délire et d'hallucinations.

Je n'entrerai pas dans le détail de ces quatre observations.

Je veux seulement rappeler quelques-unes des réflexions que j'ai développées à propos de ces quatre faits cliniques.

D'abord j'ai insisté sur ce que mes quatre malades ne présentaient rien de particulier eu égard à l'hérédité morbide, psychopathique. Dans le cours de leur existence antérieure, ils n'avaient pas non plus présenté, à l'exception d'un seul, de troubles qu'on pût, de près ou de loin, rattacher à la folie, notamment pas des manifestations délirantes. Les phénomènes délirants qu'on a observés chez eux ont éclaté subitement dans

---

letés des sourires que les trois villes lui décocheront en se coiffant coquettement sur l'oreille de leur couronne murale.

Mais hélas, nous vivons à une époque où le notaire est un terrible poète; la commission se préoccupera plus spécialement, nous dit-on, dans le contrat entre l'Etat et les trois villes, de donations entre vifs, de la dot, des espérances et de la corbeille.

Ce sera un mariage de raison.

***

Comme la géographie médicale, qui divise la France en 9 arrondissements d'inspection médicale, est une géographie de raison. Pour faire inspecter les inspecteurs, il y a tel arrondissement qui s'est étrangement arrondi; ainsi l'inspecteur X..., qui a dû être retiré de la 7e direction où il avait adopté, pour les médecins territoriaux, professeurs et agrégés de Faculté, le maintien en sevrage dans le grade d'aide-major de 2e classe, inspecte les 17e et 18e corps, plus les divisions des 3e, 4e et 5e corps du gouvernement de Paris. J'ignore ce que peuvent gagner ces corps divers à être notés secrètement, par un savant dont les œuvres complètes tiendraient sur une feuille volante de papier à cigarette; ce que je sais, c'est que les médecins des divisions de Paris eussent gagné en compétence, hygiène et choix, à être choisis par l'inspecteur général L. Colin, dont les œuvres sont dans toutes les bibliothèques, qui a donné sa mesure publique et peut mesurer autrui.

Mais quoi, il faut qu'il inspecte, l'inspecteur X..., puisqu'il a le solde, le grade et le costume; il a été nommé par l'intendance pour cause de dévouement dynastique et, sous l'autonomie, il a conservé son portefeuille. Je n'y verrais pas plus d'inconvénient que lui-même, s'il n'y avait à craindre qu'il maintienne en sevrage d'avancement, les médecins travailleurs pour les mêmes raisons que les professeurs de Faculté travailleurs.

***

Quant à l'arrondissement pharmaceutique, il est de géographie médicale plus spécieuse encore. Sans doute jadis, quelques intendants, inspecteurs d'arrondissement et généralement arrondis sous leur ceinture bleu et argent, ont pris non pas à vue de nez, mais à vue, le camphre pour du sulfate de soude; mais les directeurs de santé semblent avoir compétence suffisante pour faire la tare des sels de pharmacie et même de leurs distributeurs. Il paraît peu économique de faire promener le collet vert pharmaceutique avec toute espèce de frais de route et de séjour dans les

le cours d'une néphrite chronique parvenue à la phase de accidents dits urémiques. A plusieurs reprises, ils ont alterné avec les manifestations communes de l'urémie, et cette alternance a été surtout très nette chez le sujet de notre seconde observation; il s'agit d'une femme qui, précédemment, dans le cours d'une grossesse, avait déjà été en proie à un accès de manie de six semaines de durée. Il n'est pas très risqué de supposer que déjà à cette époque, il existait une albuminurie traduisant des altérations rénales analogues à celles qui engendrent l'urémie.

Bref, je concluais que, en suivant les règles tracées par les aliénistes pour distinguer la folie délirante d'un simple délire accidentel, symptomatique d'une lésion des centres nerveux ou de quelque autre organe, c'est à cette dernière interprétation qu'on était amené à se rallier en fin de compte. Je concluais que chez mes malades, le délire avait été symptomatique de l'affection chronique des reins, symptomatique de l'intoxication urémique qu'avait occasionnée la lésion rénale. Quant à savoir si les caractères spéciaux des accidents délirants, caractères qui se rapprochaient de ceux de la folie, étaient en rapport avec une prédisposition aux psychoses, c'est un point que je réservais, en l'absence de renseignements positifs parlant en faveur d'une semblable prédisposition chez mes malades.

Donc *délire urémique simulant la folie, survenant indépendamment d'une prédisposition apparente aux psychoses, justiciable des mêmes moyens d'intervention que les autres accidents urémiques, transitoire comme ceux-ci*, telle était en somme la conclusion à laquelle je m'arrêtais à propos de ces quatre premières observations.

J'ai eu depuis, la satisfaction de voir un de nos collègues les plus distingués, adopter le même point de vue. M. le professeur Dieulafoy, dans une communication sur la *folie brightique* (*Soc. méd. des hôp.*, séance 10 juillet 1885) a rapporté six observations qui sont du même ordre que celles que je viens de rappeler, sauf que les manifestations délirantes ont eu une expression plus variée : manie aiguë franche avec hallucinations, vociférations, dans un cas; lypémanie, dans un autre; délire des persécutions dans un troisième; délire érotique et religieux, dans un quatrième.

M. Dieulafoy déclarait explicitement que si, dans certains cas d'urémie délirante, on avait pu invoquer une prédisposition aux désordres psychiques, le plus souvent le délire dérive simplement de l'urémie, même dans les cas où il est tellement grave que le malade a l'air d'être un aliéné. Il avait soin d'ajouter que sous le nom de *folie brightique*, il entendait décrire des manifestations cérébrales se présentant chez des malades qui loin d'être aliénés ne sont que des brightiques, qui par conséquent doivent être traités par des moyens tout autres que ceux qu'on a coutume d'employer dans les cas de démence; au lieu de gaver ces malades et de leur appliquer la douche froide, c'est an traitement de la néphrite qu'il faut s'en tenir, c'est-à-dire, en première ligne, au régime lacté exclusif. M. Dieulafoy ajoutait encore que le pronostic de cette folie brightique semble être peu grave, car sur un total de six cas, il n'en comptait qu'un seul terminé par la mort.

On voit qu'en somme les observations de M. Dieulafoy et les interprétations que leur appliquait notre éminent collègue concordent très sensiblement avec les faits que j'avais rapportés précédemment et avec les réflexions que j'avais développées à cette occasion. Je rappelle encore qu'un autre de nos collègues, M. Barié (*Soc. méd. des hôp.*, 14 août 1885), a rapporté un fait analogue. Il s'agit d'un cas de folie brightique qui nécessita un séjour de sept mois dans une maison de santé. D'autres faits du même genre sont consignés dans la thèse de M. Bouvet (*Sur l'urémie délirante*. Lyon, 1883).

Je passe sur l'intérêt médico-légal de ces faits, point sur lequel M. Dieulafoy avait insisté d'une façon spéciale. J'ai hâte d'en venir à l'objet principal de cette communication qui est d'attirer votre attention sur un cas de folie du doute, survenue chez une femme atteinte également d'une néphrite albumineuse, cas dans lequel la psychose était manifestement influencée par la néphrite, l'une et l'autre paraissant à peu près contemporaines, de sorte que je me demande si, dans ce cas particulier, la folie du doute ne doit pas être rattachée à la folie brightique.

Observation I.

*Albuminurie chronique chez une malade atteinte de la folie du doute. — Parallélisme entre la marche du trouble mental et les troubles de la sécrétion urinaire.*

Mme H..., âgée de soixante cinq ans, m'a consulté pour la première fois au mois de janvier 1885. Ni elle, ni les personnes de

---

5e, 7e, 14e, 15e corps et autres lieux. Mais, puisqu'il y a un pharmacien inspecteur !

C'est entendu.

***

Il ne reste qu'à attendre l'instruction sur les inspections médicales qui, depuis 52 ans, avec de minces variantes, couvre 40 pages de ce *Journal militaire officiel* avec les collections duquel on élèverait des pyramides d'Egypte. Il est vraisemblable que l'auteur de ce poème annuel a déjà mouillé ses pinceaux.

Je sais bien que les nouvelles et légitimes attributions du corps de santé l'obligent à ajouter de nouveau : « l'inspecteur voit, il juge, il s'assure », aux anciens, « il s'enquiert, il examine, il tient la main » ; mais l'inspecteur tiendra-t-il plus la main en réalité et le peut-il même, si instruit et dévoué soit-il, comme le sont beaucoup, en face de tant de besogne et de ce 1/9e de la France on verra bien.

Beaucoup de cela est à réformer. Il faudrait un inspecteur par corps d'armée, donc 19, et peut-être M. de Freycinet pourrait-il y suffire, sans crédits nouveaux, en diminuant de 10 les 38 généraux de division ou de brigade de l'intendance qui ont perdu le gros de leurs troupes, le train et les infirmiers et qui devraient perdre parallèlement quelques étoiles.

***

Les officiers d'administration des hôpitaux viennent bien de gagner à perdre les leurs ; par décision du 20 février 1890, leur képi de 1re et 2e tenue devra porter le caducée au lieu de l'étoile administrative ; pour les adjudants de l'Ecole du service de santé, pour les infirmiers, sur le schako et les boutons, même substitution. Les voilà devenus troupe sanitaire, comme l'officier administratif (vieux style), officier sanitaire. La *Gazette médicale de Paris* l'a demandé dès longtemps en précurseur. Et l'on est d'autant plus heureux de cette rencontre d'idées, que les progressistes du ministère ne lisent pas les journaux médicaux.

Désormais, on ne confondra plus les boulangers avec les sauveurs de malades, et les bouchers-vivriers qui ne courent que le danger de l'épizootie avec le soldat des chevets où l'on *gagne* l'épidémie.

A quand le remplacement des épaulettes blanches que l'administrateur doit garder seules, avec son étoile — qui file ?

Dr Chassagne.

son entourage n'ont pu fournir des renseignements sur ses antécédents héréditaires pathologiques.

La malade d'une condition sociale aisée, n'a jamais eu à s'imposer de grandes fatigues, elle n'a pas eu non plus des chagrins extraordinaires. Sa santé générale a toujours été bonne. Mme H..., ne se rappelle pas avoir eu une maladie grave, une indisposition méritant une mention spéciale. D'après ce que nous raconte sa fille, qui elle est âgée de quarante-deux ans et d'une santé parfaite, Mme H..., aurait, de temps immémorial, manifesté des tendances personnelles exclusives très prononcées, et un amour exagéré du moi. Elle était, en outre, extrêmement jalouse, ce qui a donné lieu à des scènes fréquentes dans son ménage.

Mme H..., est veuve depuis une dizaine d'années. D'après les souvenirs des personnes de son entourage, c'est la fin de décembre 1884 qu'elle a présenté les premières manifestations de son état mental actuel qu'on peut caractériser ainsi : Mme H..., conçoit des doutes à propos de tout ce qu'elle fait. Après avoir accompli tel ou tel acte, il lui arrivera de s'informer vingt fois de suite si elle s'est réellement acquittée de la chose, si elle n'est pas victime d'une illusion. Ainsi, pour citer quelques exemples, il lui arrivera d'éteindre le feu de sa cheminée, avant de sortir. Une fois dans la rue, au bout de dix à quinze minutes, elle aura l'esprit assiégé par cette préoccupation : Ai-je bien éteint le feu? N'ai-je point laissé la porte de mon appartement ouverte? Puis, dans l'impossibilité où elle est de se rassurer, elle remonte chez elle, constate que le feu est bien éteint, que la porte était réellement fermée, et elle repart. Une demi-heure ne s'est point écoulée que la même scène se reproduit. Mme H..., remontera ainsi plusieurs fois de suite chez elle, pour contrôler la réalité des mêmes faits, dont ni elle ni les personnes de son entourage ne peuvent la convaincre.

De même, il arrivera à Mme H..., d'entrer dans un magasin et de faire une emplette qu'elle paie tout aussitôt. A peine sortie, elle est prise de doute, elle rentre, s'informe si elle a réellement payé l'objet qu'elle vient d'acheter, veut le payer de nouveau malgré les dénégations et les refus des personnes auxquelles elle s'adresse.

Il est bien entendu qu'en dehors de ces accès de doute, Mme H..., a l'intelligence absolument normale. Tous les matins elle fait ses comptes avec une parfaite régularité ; seulement elle doute de leur exactitude, ce qui l'amène à les recommencer plusieurs fois dans la journée.

Cette manie du doute s'étend aux choses passées déjà depuis des mois et des années. Ainsi, après une cure faite à Luchon, certain mois d'août, Mme H..., a été prise de scrupules cinq mois après, au sujet du règlement de ses dépenses d'hôtel. Cédant à ses scrupules, elle envoya à l'hôtelier le montant d'une note qu'elle avait déjà réglée, et qui lui fut retourné.

Il est, je pense, superflu de multiplier ces exemples. Ceux que je viens de citer prouvent surabondamment que nous avons affaire à cette forme de psychose qui a été décrite sous le nom de folie du doute. Ce diagnostic a été confirmé par le professeur Ball et par un autre spécialiste, M. Blanche.

Depuis cinq ans qu'il s'est manifesté pour la première fois, cet état mental a persisté malgré les traitements mis en œuvre. Mais il a été plus ou moins accentué à différentes époques, et voici ce que j'ai de curieux à vous apprendre à cet égard :

Dès les premiers temps où elle a présenté les symptômes de la folie du doute, Mme H..., se plaignit d'avoir mal aux reins. Elle s'était aperçue, en outre, que ses jambes enflaient un peu par moments, le soir surtout. Je fis procéder à l'analyse des urines, après avoir fait recueillir la quantité de ce liquide rendue dans les vingt-quatre heures (1,800 grammes). L'urine renfermait 1 gr. 20 d'albumine par litre.

En présence de cet état de choses, je prescrivis, comme traitement, des applications de ventouses sur la région des lombes, le régime lacté, et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Au bout de neuf jours de ce traitement, les urines, un peu plus abondantes (deux litres dans les vingt-quatre heures) ne contenaient plus que 50 centigrammes d'albumine par litre. Or, à partir de là aussi et pendant trois semaines, les accès de doute devinrent de moins en moins fréquents. C'était à croire que l'état mental de Mme H... allait redevenir normal.

Puis les accès de doute allèrent de nouveau en augmentant. La quantité d'urine des vingt-quatre heures était tombée à 800 gr., la quantité d'albumine par litre était remontée à 1 gramme. Mme H... avait, de sa propre initiative, renoncé au régime lacté, pour se remettre au régime ordinaire.

Je prescris de nouveau l'alimentation exclusive par le lait additionné d'eau de Vichy, et l'usage interne du tannin en poudre, par cachet de 1 gramme, et en plus, des cautérisations ponctuées sur la région des lombes, à droite et à gauche. Sous l'influence de ce traitement, la quantité d'albumine charriée par les urines descend très rapidement à 50 centigrammes par litre ; parallèlement à cette diminution de l'albuminurie, l'état mental s'améliore, jusqu'à retour à l'état normal.

Je considère comme superflu de poursuivre pas à pas l'histoire de la maladie de Mme H... Je me bornerai à résumer la suite de cette histoire dans ces quelques lignes : *à plusieurs reprises, dans le cours des quatre dernières années, j'ai pu vérifier le parallélisme entre la marche de l'albuminurie et la marche de l'état mental*, celui-ci s'aggravant en même temps qu'augmentait l'albuminurie et que diminuait la sécrétion urinaire, et inversement.

J'ajoute que plusieurs fois, par suite de l'indocilité de la malade et des écarts de régime qui s'ensuivaient, j'ai noté chez Mme H.., des symptômes que l'on pouvait considérer comme les signes d'une intoxication urémique à ses débuts : la quantité d'urine des vingt-quatre heures subissait une diminution très considérable, l'albuminurie augmentait proportionnellement ; la malade se plaignait d'une céphalalgie frontale très vive ; elle était prise d'une dyspnée dont ni l'examen des poumons ni celui du cœur ne pouvait rendre compte. Pendant ces phases d'urémie commençante, les accès de folie du doute étaient particulièrement fréquents ; ils se manifestaient à propos des actes les plus banals.

Pour ne rien omettre des détails curieux de cette observation, je dois ajouter qu'à plusieurs reprises, et aux époques où l'albuminurie atteignait sa plus grande intensité, Mme H..., a présenté des contractions spasmodiques du diaphragme, et des secousses cloniques du tronc, secousses incessantes, qui portaient le tronc alternativement en avant et en arrière, et qui ne cessaient qu'au moment où la malade était prise de sommeil. Il m'a semblé que ces accidents étaient influencés dans une moindre mesure que l'état mental par les modifications de la sécrétion urinaire et de l'albuminurie.

(*A suivre.*)

## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. le Dr BARTH.

### DE L'HÉMATOCÈLE UTÉRINE.

Leçon recueillie par M. FAURE-MILLER, interne du service.

(*Suite*) (1)

Ces adhérences se rompent à nouveau ; l'hémorrhagie produite par cette seconde altération s'ajoute à la première pour l'augmenter et constituer au bout de quelque temps une hématocèle grave, si un traitement approprié n'intervient pas dans le plus bref délai.

(1) Voir le numéro précédent.

Vous voyez que de ces deux théories, la première n'est point exclusive de la seconde; dans l'une d'elle nous constatons une pachy-pelvipéritonite; les vaisseaux embryonaires de ce tissu jeune se brisent dans les néomembranes et il se forme un kyste sanguin cloisonné; dans la seconde, c'est de l'inversion des phénomènes que l'on est témoin : rupture vasculaire dans le péritoine franc de toute altération première; enkystement consécutif par formation de néomembranes inflammatoires pouvant à leur tour présenter les lésions et les ruptures signalées dans la théorie pachy-pelvipéritonitique.

A examiner les choses de près cependant, jamais on n'a pu voir de réaction péritonéale apparaître, quand il se fait un épanchement de sang pur dans la grande cavité séreuse. Pourquoi constatons-nous dans le cas actuel des phénomènes inflammatoires? C'est que les organes qui sont l'origine de l'hémorrhagie sont loin d'être sains. Les annexes utérines ont bien souvent présenté antérieurement des troubles plus ou moins anciens, plus ou moins accusés; une vieille salpingite, une pelvipéritonite déjà assise depuis longtemps sur ces organes ont exagéré la susceptibilité déjà grande de la sereuse et celle-ci a réagi vivement contre cette invasion sanguine brutale.

Telles sont les conditions étiologiques principales de la physiologie pathologique propre à l'hématocèle périutérine. Comme antécédents éloignés manquent très rarement des troubles utérins antérieurs, une fausse couche de date plus ou moins rapprochée, des couches parfois laborieuses; ou plus simplement des règles difficiles à s'établir, douloureuses comme chez notre malade. D'autres fois, c'est une vieille blennorrhagie, origine d'une congestion permanente des annexes utérines. Enfin, la recherche soigneuse des causes déterminantes décèle ou bien des abus sexuels, surtout pendant la période menstruelle; ou bien un traumatisme au moment des règles, ou encore un refroidissement périphérique quelconque, amenant un arrêt brusque de l'écoulement cataménial. La répercussion congestive sur les annexes est très intense dans ces cas et se révèle par des symptômes douloureux multiples. Si les troubles menstruels que nous avons signalés tout à l'heure font défaut, c'est qu'avec des phénomènes hémorrhagiques actuels très accusés, l'on a constaté depuis deux ou trois mois une interruption des règles, le tout constituant un ensemble suffisamment présomptif d'une grossesse tubaire.

Et d'ailleurs, quelle que soit la cause de l'hématocèle périutérine, les symptômes qu'elle crée sont toujours assez semblables; c'est pour cette raison que l'hématocèle a mérité et mérite encore une description à part, description surtout clinique et éminemment intéressante à ce point de vue. On la voit apparaître, en règle générale, chez une femme qui a présenté les désordres sexuels signalés au cours de cette leçon. C'est au moment des règles que s'est montrée l'affection, débutant brusquement, avec des douleurs abdominales vives, réaction péritonéale révélée par des nausées, des vomissements; signes d'hémorrhagie interne, et parfois syncope, suivie presque toujours d'une hémorrhagie extérieure. L'écoulement menstruel un instant interrompu reprend, ou plutôt semble reprendre, car la congestion qui s'étend à tout le système génital de la femme existe en même temps à un degré intense dans l'utérus, et des pertes sanguines, variables en quantité, en sont la conséquence toute naturelle.

Puis, en quelques jours, et très rapidement, les phénomènes d'anémie s'accentuent et deviennent assez marqués : pâleur, teinte jaune ou d'apparence subictérique, ou plutôt encore d'ictère hémaphéique; l'on peut retrouver dans l'urine de l'urobiline en quantité notable, par suite de la résorption du pigment sanguin. Les souffles vasculaires de l'anémie apparaissent et à la base du cœur et dans les gros vaisseaux du cou. Il existe en même temps du vertige, de la céphalée. Ces symptômes, dans leur ensemble, s'établissent assez rapidement, quelquefois même très vite, et ne sont jamais en rapport avec la quantité de sang perdue par le vagin.

Si l'on examine la malade quelque temps après le début des premiers accidents, on trouve une tumeur présentant les caractères cliniques que nous avons signalés il y a un instant; sa forme est arrondie, et son volume peut égaler en dimension celui d'une grosse orange. Elle siège le plus souvent dans la cavité de Douglas, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, qu'elle déprime en refoulant l'utérus en haut et en avant. Le fond de ce dernier organe se perd dans la cavité abdominale et n'est que fort peu accessible à l'examen bimanuel. Le rectum est aplati, ainsi que le révèle le toucher rectal et l'aplatissement est causé par une tumeur rénitente, volumineuse, légèrement sensible à la pression. Elle n'est d'ailleurs l'origine d'aucun phénomène inflammatoire; la fièvre est absolument nulle. L'on ne peut reconnaître comme accidents immédiats que des douleurs, en somme, très supportables et une simple gêne de l'urination et de la défécation.

La tumeur que nous venons d'étudier sur notre malade est absolument typique; les résultats des examens vaginaux et rectaux combinés à la palpation bimanuelle, sont aussi significatifs que possible tant par la genèse, l'évolution, les symptômes qui ont accompagné son apparition que par le lieu occupé par la masse enclavée. Mais il s'en faut de beaucoup que tous les caractères d'une telle tumeur se retrouvent aussi nets dans tous les cas, et que l'on puisse la constater toujours aussi bien localisée dans la partie la plus déclive du péritoine. Ces modifications sont dues à un état morbide antérieur de cette séreuse; la cavité de Douglas peut être plus ou moins effacée, comblée par des adhérences ou des membranes de nouvelle formation de date variable; le sang ne pouvant glisser de ce côté s'accumule en d'autres points plus faciles à atteindre, latéralement ou même en avant de l'organe de la gestation. Cliniquement, les caractères de l'affection seront bien différents; la collection sanguine deviendra beaucoup moins accessible par le vagin, beaucoup plus au contraire par la palpation abdominale et l'emploi des moyens physiques d'investigation. C'est ainsi que l'on trouvera une matité diffuse remontant plus ou moins haut sur la ligne médiane on s'accusant sur un des côtés, sur une étendue de plusieurs travers de doigt. L'utérus sera rejeté et aplati en bas et rendu immobile dans sa situation vicieuse par la masse sanguine enkystée qui l'enserre en arrière, en avant, sur les côtés, en un mot qui l'englobe sur la presque totalité de sa surface et lui forme une coque, un revêtement qu'il n'est plus possible de déplacer.

L'hématocèle utérine ainsi constituée peut offrir une évolution assez variable; le plus souvent, si le traitement est judicieusement institué et que la malade s'y soumette avec docilité, l'amélioration ne tarde pas à se faire sentir, grâce surtout à un repos au lit absolu et suffisamment prolongé.

Les accidents de péritonisme cessent vite avec la résorption du sang enkysté; la fièvre tombe graduellement ou se maintient à quelques dixièmes à peine au-dessus de la normale; en même temps les symptômes de compression s'amendent et l'écoulement vaginal finit par décroître et même se tarir. Les signes exploratifs ne font que confirmer ce que l'on constate extérieurement; la tumeur devient de moins en moins volumineuse, prend une consistance dure, presque ligneuse; toute

sensation de fluctuation a disparu; enfin, au bout de deux ou trois mois, si le traitement a été rigoureusement observé, la masse épanchée dans le cul-de-sac péritonéal a complètement disparu; l'on n'en retrouve plus aucune trace de ce côté-là; seulement, il s'est produit durant ce travail, tout à la fois de résorption et d'organisation, des adhérences entre l'utérus d'une part et le rectum de l'autre; il s'ensuit que l'organe utérin, solidement fixé par ces brides, se trouve rejeté en arrière et maintenu dans cette position vicieuse.

La terminaison que nous venons d'esquisser, par résorption du kyste sanguin et retour des choses à un état presque normal est la plus fréquente, mais est loin d'être constante. Dans certains cas, à l'occasion d'une nouvelle époque, il se produit une seconde poussée hématique; le péritoine réagit et s'irrite plus profondément que la première fois; la tumeur, qui avait à peine subi un mouvement de regression ou même était resté stationnaire, augmente de dimensions à nouveau, et cela surtout si la cause première de tous les accidents se trouve dans les trompes, car celle-ci se congestionne fortement par le phénomène cataménial et l'hématocèle augmente progressivement d'acuité au retour des périodes menstruelles.

D'autres fois, les symptômes révèlent des caractères inflammatoires beaucoup plus manifestes, surtout s'il a existé des phénomènes d'infection puerpérale antérieure ou un état général très mauvais, laissant supposer la présence de microorganismes pathogènes dans le sang. C'est alors que se développe de la suppuration avec fièvre, parfois très intense, frissons, symptômes de résorption purulente, aggravation des signes locaux et généraux et en fin de compte, rupture spontanée du kyste dans le rectum, dans le vagin, dans un organe creux voisin, ou encore issue à l'extérieur du pus par l'intervention chirurgicale.

La rupture spontanée de la poche est assez souvent un mode favorable de terminaison naturelle; la poche se vide et s'affaisse, et la guérison ne tarde pas à s'établir. Mais d'autres fois aussi la fistule de communication devient un trajet de pénétration pour de nouveaux microbes qui peuvent dès lors imprimer à l'affection des caractères septiques entraînant la mort. Hâtons-nous de dire que c'est là une terminaison heureusement rare. Celle que l'on voit le plus souvent est la guérison suivant l'un des modes que nous avons signalés, mais guérison incomplète, des adhérences fixant l'utérus dans un point quelconque du petit bassin, surtout en arrière, et ne permettant plus aux annexes qu'un fonctionnement défectueux.

Le diagnostic est donc assez aisé; il peut cependant présenter d'assez grandes difficultés dans de certaines circonstances, par exemple quand il existe un kyste salpingien hémorrhagique. A la suite d'une salpingite oblitérant les deux orifices d'une des trompes, et au courant d'une période menstruelle, il se produit un épanchement de sang abondant; la trompe se dilate et prend un volume quelquefois assez considérable. La tumeur que forme l'accumulation sanguine siége comme pour l'hématocèle, dans le petit bassin, plus ou moins haut en règle ordinaire, mais aussi quelquefois dans le cul-de-sac postérieur. Si la trompe s'était antérieurement déplacée et avait contracté des adhérences anciennes dans l'espace de Douglas, le diagnostic présente alors de réelles difficultés. Cependant, par un examen soigné, l'on reconnaîtra que la poche kystique est située sur un plan plus latéral, qu'elle est moins régulière de forme, que l'utérus dévié a été refoulé vers l'une des parois pelviennes par une des trompes distendues. En outre l'hématosalpinx présente ce grand caractère de répétition menstruelle en somme beaucoup plus rare dans l'hématocèle; il varie avec les époques cataméniales, augmentant à ce moment et diminuant dans leur intervalle.

Une autre affection qu'il importe de différencier de l'hématocèle utérine est l'hématome sous-péritonéal par épanchement du sang dans le tissu cellulaire pelvien que l'on trouve sous le ligament large ou entre le vagin et le rectum. Mais dans presque tous les cas, il est intervenu comme cause un traumatisme tel qu'un accouchement, une opération chirurgicale. Le mode de début est bien différent. D'ailleurs ce diagnostic a bien rarement l'occasion de se poser.

Le traitement de l'hématocèle doit se reporter à la pathogénie et au mode clinique de l'affection. Quand on assiste au début et que l'on reste témoin de la formation de l'épanchement l'indication est de s'opposer à la marche de l'hémorrhagie. Si l'on est appelé auprès d'une malade ayant ses règles, présentant des phénomènes de péritonisme et de collapsus, il faut penser à l'hématocèle et chercher à l'arrêter par l'emploi des hémostatiques tels que la glace placée en permanence sur le ventre, l'ergotine, et surtout vous ordonnerez l'immobilité absolue au lit dans le décubitus dorsal.

Plus tard l'hématocèle une fois formée, vous devrez simplement concentrer vos efforts à éviter l'apparition de poussées nouvelles et à favoriser la résorption du sang répandu dans le péritoine. Pour y arriver, vous conseillerez toujours le repos le plus absolu et cela pendant longtemps, dans le but d'éloigner l'influence si néfaste en ces cas d'une fatigue quelconque et d'empêcher la rupture des vaisseaux embryonnaires si fragiles qui rampent dans les fausses membranes et ne demandent qu'à saigner à nouveau.

L'ergotinine est un précieux médicament pour faire diminuer la congestion de tous les organes pelviens; administrée convenablement, elle agit très bien, non comme hémostatique dans le cas présent, mais comme vaso-moteur en produisant la contraction des petits vaisseaux de l'appareil ovarien; elle diminue ainsi les tendances congestives cataméniales.

Vous favoriserez hautement la résorption du liquide enkysté par l'emploi répété de la révulsion: ventouses scarifiées, série de vésicatoires, et dans la suite pointes de feu, si cela est nécessaire. Plus tard vous administrerez à l'intérieur l'iodure de potassium qui possède des vertus résolutives très marquées en pareil cas et favorise la reprise du sang par les vaisseaux. Pour éviter la répétition d'accidents analogues aux époques, faites observer des précautions absolues au moment des règles, et cela même pendant plusieurs mois à la suite d'une hématocèle qui peut sembler guérie en apparence. Le repos au lit sera votre auxiliaire très précieux pour y arriver, en même temps que l'abstention la plus rigoureuse de toute relation sexuelle bien longtemps encore après le retour à la santé.

En général, ces soins médicaux suffisent surtout si la malade s'y plie avec docilité; mais d'autres fois il apparaît des complications qui rendent nécessaire l'intervention chirurgicale, et c'est précisément une ligne de conduite à recommander à tout médecin. Sachez appeler le chirurgien à temps; quand au début, après la glace, l'ergotinine, le repos au lit, etc., vous voyez que vous n'êtes arrivé à aucun résultat et que l'affection prend un développement inquiétant, conseillez aux malades l'opération qui consistera, vous le savez, en la laparatomie immédiate. Dans la grossesse tubaire surtout, il faut agir vite; les hémorrhagies peuvent alors devenir mortelles à cause des alternatives répétées d'oblitération et de réouverture des vaisseaux; le chirurgien seul pourra s'opposer

aux pertes sanguines par la ligature à temps et l'hémostase directe des canaux vasculaires rompus. Dans d'autres cas, s'il se manifeste des phénomènes inflammatoires, avec fièvre, frissons réitérés, affaiblissement et hecticité, vous demanderez également l'intervention opératoire; l'antisepsie aidant, l'ou pratique la laparatomie et l'on draine largement jusqu'à cessation des accidents infectieux. Pour terminer, n'oubliez point que vous obtiendrez de grands bénéfices par l'administration appropriée de reconstituants dont vos malades affaiblis ont le plus grand besoin, et qui les préparera, le cas échéant, à subir victorieusement la laparatomie, recours ultime de toutes les complications graves.

## REVUE DES JOURNAUX

I. — Deux cas de prurit idiopathique généralisé chez des femmes en couches, par le Dr Feinberg, de Saint-Pétersbourg. *Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 7, p. 105.

II. — Un cas de purpura survenu a l'époque de la ménopause, par le Dr A. Loebel. *Ibidem*, n° 8, p. 121.

III. — Sur l'herpès menstruel, par le Dr R. Bergh, de Copenhague. *Hospitals Tidende*, 1889, n° 50 et 51.

IV. — Dermatoses qui accompagnent les affections des organes génitaux de la femme, par le Dr G. H. Rohé, de Baltimore. *Buffalo med. surg. Journ.*, 1889, p. 380.

V. — Herpès zoster chez un enfant de 4 jours, par le Dr Lomer. *Centralblatt für Gynækologie*, 1889, n° 45, p. 778.

I. — Le prurit idiopathique du vagin, indépendant de toute lésion appréciable de ce conduit, de toute affection prédisposant au prurit (ictère, diabète, affections rénales, etc.), est d'observation très rare. C'est ce qui explique sans doute le peu de renseignements qu'on trouve à son sujet, dans les traités de dermatologie et dans les ouvrages de gynécologie. Voici un curieux exemple de ce genre de prurit que publie Feinberg.

Une jeune dame, accompagnée de sa mère, est venue consulter l'auteur au mois d'avril 1888, avec le désir d'obtenir un certificat constatant qu'elle n'était atteinte d'aucune « maladie de mauvais aloi », et de mettre fin par là aux soupçons de son mari. La jeune dame était mariée depuis deux mois. Elle ajoutait qu'elle était affectée d'un prurit très intense des parties génitales externes. L'interrogatoire que lui fit subir M. Feinberg ne révéla aucune anomalie de la menstruation; pas de flueurs blanches. Dans sou enfance, elle n'avait jamais eu d'autre maladie que la rougeole. Présentement, elle était sous le coup d'une dépression psychique très accusée, avec tendance aux larmes. Les démangeaisons duraient déjà depuis un an, par intervalles seulement; elles revenaient deux jours avant les règles, pour cesser au second jour de la période menstruelle.

L'exploration des organes génitaux a donné les résultats suivants : grande pâleur de la partie des muqueuses accessible à l'inspection. Les organes génitaux externes et la peau avoisinante étaient recouverts d'excoriations anciennes et récentes. Les parties profondes de la muqueuse vaginale présentaient une coloration et une consistance normales, mais elles étaient excessivement sensibles au toucher. Le col était normal, l'utérus était en légère antéversion, non douloureux au toucher ; les ovaires n'étaient pas accessibles à la palpation. Le médecin prescrivit l'usage interne du bromure de potassium, de plus des lavages de toute la surface externe du corps et des parties génitales externes avec une solution de sublimé à 1/4000e. Recommandation fut faite à la malade de se présenter de nouveau cinq jours avant l'époque présumée des prochaines règles, et de faire examiner ses urines dans l'intervalle.

La malade revint au jour convenu; elle éprouvait aux organes génitaux externes une démangeaison extrêmement vive, qui la mettait dans un état de grande agitation. L'examen des parties donna les mêmes résultats que précédemment; les urines ne contenaient pas de sucre.

Onze mois après, le médecin était appelé auprès de la jeune dame, qui était en train d'accoucher; depuis la fin du premier mois de la grossesse, elle n'avait plus souffert de ses démangeaisons; mais celles-ci avaient reparu dès les premières douleurs de l'accouchement, et peu à peu elles s'étaient étendues à toute la surface du corps, augmentant d'intensité d'heure en heure. La malade était assise sur son lit, se grattant les parties génitales et les membres inférieurs, pendant que le mari et la sage-femme lui grattaient alternativement le dos, la poitrine et la tête. Elle poussait des cris, suppliant qu'on la délivrât le plus rapidement possible. Le médecin procéda à l'administration du chloroforme. Le toucher fit voir que l'orifice du col livrait à peine passage au doigt; présentation céphalique. Huit heures plus tard, le médecin terminait l'accouchement par une application de forceps, et mettait au jour un enfant robuste et bien constitué. Lorsque la femme revint à elle, elle se plaignait encore de ses démangeaisons, mais celles-ci étaient beaucoup moins fortes. Elles avaient complètement disparu le quatrième jour, et elles ne sont pas revenues depuis. La femme, qui allaitait son enfant, se considérait comme complètement guérie.

Une seconde observation concerne une femme de 34 ans, très nerveuse, multipare, qui était au troisième mois d'une grossesse, lorsqu'elle fit une fausse-couche. Depuis deux ans environ, elle était sujette au prurit vaginal, à chaque époque menstruelle. Le prurit avait peu à peu gagné en intensité et en étendue, et il s'était généralisé, à l'approche de la fausse-couche, pour cesser après l'expulsion de l'œuf. Quelque temps après, à la suite d'une forte émotion, la femme perdit du sang par les organes génitaux, et le prurit se reproduisit avec la même intensité que précédemment. Il est à noter que les remèdes préconisés contre le prurit avaient été employés sans succès.

M. Feinberg, mandé auprès de la malade, la trouva en proie à une agitation extrême, se grattant tout le corps. Il soupçonna que la femme était en train de faire une nouvelle fausse-couche, ce qui fut nié de la part de la malade; mais le toucher démontra que ces dénégations étaient mal fondées. M. Feinberg conseilla le repos et l'expectation, et recommanda qu'on le fit venir dans le cas où l'hémorrhagie se produirait. Il n'a pas revu la malade.

Le travail de cet auteur contient quelques indications bibliographiques, relatives au prurit nerveux en rapport avec l'accouchement et la grossesse.

II. — Une dame de 50 ans, veuve d'un pasteur, n'avait pas revu ses règles depuis quatre mois.

Depuis cette époque, elle était devenue sujette aux flueurs blanches, avec troubles gastriques, pyrosis. Aux époques qui correspondaient aux retours présumés des règles, elle avait éprouvé des poussées congestives, de l'insomnie, des douleurs de reins. De plus, elle éprouvait des démangeaisons très pénibles sur toute l'étendue du corps qui s'était recouvert d'une foule de taches rouges, dont le nombre allait en augmentant.

Ces taches, les unes ponctiformes, les autres atteignant jusqu'aux dimensions d'une lentille, étaient surtout confluentes

aux cuisses et aux avant-bras. Quelques-unes étaient d'un rouge-vif; elles ne pâlissaient pas sous la pression du doigt. La tension intra-vasculaire, mesurée avec le sphygmanomètre de Baschisch, était accrue (160 millimètres).

M. Loebel, consulté par la malade, diagnostiqua un purpura en rapport avec la ménopause, et jugeant inutile toute intervention énergique, prescrivit, pour calmer l'impatience de la malade, l'usage des bains chauds (38°) additionnés de boues minérales.

La pression sanguine diminua progressivement de près de 40 millimètres; le pouls perdit de sa fréquence et de son ampleur. En même temps, les démangeaisons disparurent peu à peu. On augmenta le degré de concentration des bains. Il ne se forma pas de nouvelles taches hémorrhagiques, et les anciennes se résorbèrent peu à peu.

L'auteur voit dans cette observation une preuve de la théorie suivant laquelle le molimen hémorrhagique menstruel est précédé d'une augmentation de la pression intra-vasculaire. Cet accroissement de pression subsistait au début de la ménopause, chez la malade en question, et ne pouvant se résoudre par une extravasation de sang du côté de la muqueuse utérine, il a donné lieu à des extravasations sanguines sous-cutanées.

III. — M. Bergh, qui est médecin en chef d'un hôpital destiné aux femmes publiques vénériennes, avait déjà signalé, dans un précédent travail, la fréquence de l'herpès vulvaire chez les prostituées. En se basant sur ses premières observations, il avait fixé à 2, 5 pour 100, le taux de fréquence de cette variété d'herpès. Dans la première période qui s'est écoulée de 1886 à 1889, il a observé en tout, dans son hôpital, 877 cas d'herpès vulvaire, dont 644 (73,4 pour 100), chez des femmes menstruées.

Plusieurs de ces femmes avaient remarqué que leur herpès vulvaire se reproduisait à chaque époque menstruelle. L'éruption ne paraissait pas être en rapport avec la pratique du coït pendant les règles; car des femmes adonnées à la prostitution clandestine, et qui s'abstenaient du coït pendant les époques menstruelles, fournissaient une proportion plus forte encore (3, 4 pour 100) de cas d'herpès génital. L'éruption ne paraît pas non plus être en rapport avec des maladies vénériennes contractées précédemment; il s'agit, en somme, de cas d'herpès menstruel en rapport avec des troubles d'innervation.

Cet herpès se montre le plus souvent à l'approche des règles; dans 70 pour 100 des cas, il siégeait sur les grandes lèvres.

IV. — M. Rohé s'est occupé des dermatoses qui se développent sous l'influence des affections des organes génitaux de la femme et aussi des phénomènes physiologiques qui se passent dans la sphère génitale. Il a classé ces dermatoses dans l'ordre suivant, en donnant pour chaque groupe des exemples puisés dans sa pratique personnelle ou à des sources étrangères :

1° *Angionévroses* : *a*) œdème; *b*) érythème; *c*) urticaire; *d*) acné rosacée;

2° *Affections glandulaires* : *a*) hyperhidroses; *b*) chromhidrose; *c*) bromhidrose; *d*) séborrhée; *e*) acné simple;

3° *Inflammations* : *a*) eczéma; *b*) herpès; *c*) dermatite herpétiforme; *d*) pemphigus; *e*) érysipèle; *f*) furonculose;

4° *Hypertrophies pigmentaires* : chloasma;

5° *Névroses* : *a*) prurit; *b*) dermatalgie; *c*) dystrophie vasculaire; *d*) purpura.

V. — L'observation de M. Lomer, concerne un enfant nouveau-né qui avait été mis au monde avec l'aide du forceps, et qui présenta au quatrième jour un herpès zoster, s'étendant à droite, depuis le rebord costal jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, strictement limité au côté droit. La première idée qui vint au médecin, fut de rapporter cette éruption au traumatisme obstétrical, mais la mère, une femme très intelligente et très instruite, protesta contre cette interprétation étiologique. Elle raconta qu'au troisième mois de sa grossesse, elle avait été fortement émotionnée par le récit que lui avait fait un de ses amis, d'une éruption d'herpès zoster, dont il était affligé. Pendant toute une journée, elle était restée, sous l'influence de ce récit, en proie à des impressions alternatives, de dégoût et de commisération. Pour cette dame, l'herpès zoster de l'enfant avait été déterminé par cette émotion maternelle, qui, soit dit en passant, avait mis longtemps à faire sentir ses effets.

E. RICKLIN.

Travaux à consulter :

F. TORGGLER : Bassin oblique, à la suite de sclérodermie. *Centralblatt für gynækologie*, 1889, n° 35, p. 812.

---

## BIBLIOGRAPHIE

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — ATROPHIES MUSCULAIRES ET MALADIES AMYOTROPHIQUES, par le Dr RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Octave Doin, 1889.

Chargé de faire à la Faculté de Paris des conférences sur la pathologie du système nerveux, M. Raymond prit pour sujet de son cours l'étude des amyotrophies; ce sont ces leçons qu'il publie aujourd'hui. Elles ont trait à un des points les plus intéressants mais aussi les plus obscurs de la pathologie nerveuse, car nulle part encore une étude symétrique des amyotrophies n'avait été tentée, et si les documents abondent sur cette question, ils étaient jusqu'à présent disséminés un peu partout et par conséquent difficiles à consulter. Aussi ces leçons seront elles favorablement accueillies par tous ceux qui s'intéressent à la neuropathologie, elles comblent une lacune car les traités classiques ne contiennent que des idées sommaires sur les atrophies musculaires. L'auteur n'a pas voulu faire un livre didactique, il a écrit pour des élèves en s'attachant à présenter les faits sous leur aspect le plus simple et à les classer avec méthode; peut-être cependant pourrait-on lui reprocher de ne pas avoir donné assez de place à la critique et d'avoir glissé trop rapidement sur l'exposé de ses idées personnelles, d'autant plus que sa haute compétence en pareille matière lui permettait de les développer avec profit pour le lecteur.

Comme l'auteur le dit lui-même, il s'est efforcé de rendre l'étude des amyotrophies aussi abordable que possible à des commençants, en allant du simple au composé, en exposant d'abord les notions élémentaires d'anatomie et de physiologie du microbe et en étudiant le mécanisme des atrophies circonscrites accidentelles, avant de s'occuper des maladies amyotrophiques. Notons dans cet ordre d'idées deux chapitres sur la technique de l'exploration électrique des nerfs et des muscles, fort utiles à lire pour ceux qui veulent se familiariser avec l'électro-diagnostic.

Après avoir étudié les atrophies circonscrites de cause locale, M. Raymond passe en revue les atrophies musculaires progressives dont le type fondamental et le plus anciennement connu est celui qui fut créé par Aran et Duchenne; tout en reconnaissant que l'atrophie musculaire n'est pas une, il s'é-

lève avec juste raison, à mon sens, contre la tendance que l'on a, à la souder en un nombre trop considérable de types distincts. Il est certain que beaucoup de ces types décrits comme autant d'affections distinctes, ne sont probablement que des modalités d'une seule et même maladie. Successivement il présente après la maladie d'Aran-Duchenne les diverses formes familiales d'atrophie musculaire progressive, la paralysie pseudo-hypertrophique, les types Leyden-Möbius, Zimmerlin, Erb, Landouzy-Dejerine (type facio-scapulo-huméral) et enfin le type Charcot-Marie, puis dans un chapitre d'ensemble il montre quels sont les rapports qui les unissent; ils sont tous, dit-il, des manières d'être, d'une seule et même myopathie, entre eux il existe toujours des formes de transition et ils se fondent les uns avec les autres, plusieurs d'entre eux. résultat d'une schématisation à outrance, n'ayant même pas d'existence autonome.

Dans un troisième ordre de faits, l'auteur envisage les atrophies musculaires diffuses, véritables maladies dans la symptomatologie desquelles l'atrophie joue seulement un rôle prépondérant; telles sont, la paralysie spinale infantile, la paralysie spinale de l'adulte aiguë et chronique, paralysie générale spinale, syringomyélie, affections dans lesquelles les symptômes paraissent dépendre d'une lésion des cornes antérieures de la moelle. Elles constituent un groupe très distinct des autres, par sa pathogénie, ses lésions et ses symptômes.

Un autre groupe de myopathies diffuses est constitué par celles qui reconnaissent comme origine une lésion des nerfs périphériques. Ce sont les myopathies consécutives à des névrites multiples, alcoolique, saturnine, lépreuse, etc., peu étudiées encore et souvent confondues avec celles du groupe précédent. La description des faits nouveaux qui mettent en évidence l'existence d'amyotrophies liées à une lésion cérébrale sans lésion des cornes de la moelle, puis celle de la sclérose latérale amyotrophique et de la paralysie glosso-labio laryngée, terminent l'ouvrage.

C'est, en résumé, un livre où une grande clarté de description et une bonne méthode de classification permettent de s'initier facilement à la connaissance des amyotrophies, sans donner une large place à la bibliographie, il utilise avec soin les meilleurs documents et contient l'exposé des faits les plus récemment publiés; bien que ne pouvant donner des conclusions précises, puisqu'il traite de questions encore ouvertes, il donne celles qui sont admises provisoirement et indique la voie où il faudra marcher pour les compléter et les affermir.

Georges LEMOINE.

## REVUE DES THÈSES

### DE L'INFLUENCE DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ DES ENFANTS. (Paris, 1888.)

Pour M. Albournac, l'alcoolisme chez les enfants existe, bien qu'à un degré beaucoup moindre que chez l'adulte, dans tous les pays où règne l'alcoolisme.

Il résulterait habituellement de l'ivrognerie par tendance héréditaire et se trouve favorisé par l'incurie des parents et par les mauvais exemples ou les mauvais conseils. Toutes proportions gardées, l'alcoolisation produirait chez l'enfant des lésions et des affections semblables à celles des adultes, et n'en différant que par la gravité, surtout lorsqu'à l'alcoolisme acquis, s'ajoute, ce qui est fréquent, l'alcoolisme héréditaire.

Le diagnostic est difficile dans bien des cas, car les parents, pas plus que les enfants n'avouent facilement l'ivrognerie, ou ne parlent pas de faibles doses d'alcool données dans un but hygiénique ou thérapeutique, et d'autre part le médecin lui-même ne songe pas à rechercher dans le régime, si le vin et l'alcool ne peuvent pas être mis en cause.

Pour éviter l'alcoolisme chez les enfants, on ne devrait donc leur donner aucune espèce de boisson alcoolique, si ce n'est dans un but thérapeutique. Même dans ce cas l'administration des alcools doit être l'objet de toute l'attention du médecin. Il ne devra prescrire que l'alcool pur; car on ne peut compter en ce moment sur l'innocuité des vins et eaux-de-vie du commerce; et le pharmacien ne devra employer que l'alcool rectifié par les procédés les plus récents, et dont il aura vérifié la pureté.

Dr F. A. S.

### DES FISTULES ANALES CHEZ L'ENFANT par E. VIGNE. (Thèse de Paris, 1889.)

L'auteur établit que les fistules anales sont relativement moins fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

La plupart des variétés de fistules peuvent s'observer dans le jeune âge.

M. Vigne, décrivant la fistule anale tuberculeuse de l'enfant, fait remarquer que la persistance de cette fistule tient à la nature de ses parois, semblable à celle des abcès froids et n'ayant aucune tendance à s'oblitérer par adhérence.

La tuberculose n'est pas une contre-indication à l'opération qui doit être faite le plus tôt possible.

Le procédé d'incision au thermocautère est le meilleur...

P. R.

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉRIE CHEZ LES ENFANTS, par Mlle GOLDSPIEGEL. (Thèse de Paris.)

Dans ce travail, Mlle Goldspiegel établit que l'hystérie est fréquente dans l'enfance et que la cinquième partie des hystériques le devient avant l'âge de la puberté.

D'après l'auteur, tous les symptômes de l'hystérie des adultes peuvent être observés dans l'âge infantile, la marche de la maladie est moins rapide et moins grave que chez l'adulte.

Le traitement, consistant surtout dans l'isolement, s'il est employé au début de la maladie, amène presque toujours la guérison des malades.

P. R.

### FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS CHEZ LES ENFANTS. TRAITEMENT PAR L'EXTENSION ET LA SUPINATION COMBINÉES A LA FLEXION, par Léon LARTET. (Thèse de Paris, 1889.)

L'auteur établit d'abord que les fractures articulaires de l'extrémité inférieure de l'humérus s'accompagnent rapidement, chez l'enfant, de raideur et de gêne articulaires qui résultent le plus souvent d'un col exubérant qui limite les mouvements.

D'après M. Lartet, la flexion ne donne pas d'excellents résultats, puisqu'elle n'amène pas la réduction des fragments et ne peut plus permettre les mouvements d'extension.

Il préfère l'extension, excellente méthode de traitement au point de vue de la réduction de la fracture. Combinée à la flexion dans un délai limité, elle met à l'abri des raideurs définitives et permet d'obtenir le maximum de mobilité.

P. R.

### PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DU SPINA VENTOSA, par le Dr UNGER (de Berlin).

*Conclusions* : 1° L'ostéomyélite tuberculeuse des diaphyses (spina ventosa) est une maladie relativement assez fréquente; au point de vue étiologique elle ne se distingue pas de la tuberculose des épiphyses. Elle atteint surtout les os de la

main, plus rarement ceux du pied; mais l'ostéomyélite tuberculeuse des grands os longs présente le même processus.

2° Cette affection s'observe principalement dans les dix premières années de l'enfance, cependant on en rencontre encore quelques cas chez des enfants plus âgés. Parmi nos malades il y a environ 65 pour cent jusqu'à 5 ans et 35 pour cent plus âgés.

3° Le seul traitement efficace consiste à pratiquer le plus tôt possible l'opération nécessaire, si l'on veut obtenir de bons résultats fonctionnels.

L'opération diffère suivant l'étendue du processus.

*a*) Enlèvement de tout ce qui est malade, quand la diaphyse seule est intéressée;

*b*) Résection de l'os entier quand les épiphyses sont aussi affectées;

*c*) Amputation du membre entier quand le processus a déjà acquis un développement tel que l'on ne puisse espérer le rétablissement de la fonction ou que la vie est directement mise en danger.

4° Le pronostic peut être considérablement amélioré non seulement pour le membre intéressé, mais même pour l'état général, lorsque l'on intervient à temps et convenablement; en effet, la fonction du membre se rétablit et l'état général s'améliore rapidement.

P. REDARD.

## BULLETIN

TRAITEMENT ANTISEPTIQUE DES KYSTES HYDATIQUES. — TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Dans une question comme celle du traitement des kystes hydatiques du foie, qui confine à la fois à la chirurgie et à la médecine, l'intervention de l'antisepsie paraît si légitime que l'on ne saurait concevoir un procédé curateur où elle ne joue le rôle principal, sinon le rôle décisif. En effet, il est naturellement indiqué de chercher à détruire le parasite dont la présence favorise le développement et l'extension de la poche, et, d'autre part, quand cette poche vient à suppurer, par l'effet d'une irritation accidentelle, le but du médecin est de chercher à modifier les parois de l'abcès, de manière à obtenir leur rapprochement et leur cicatrisation, après évacuation complète du contenu purulent. Dans les deux cas, l'emploi des antiseptiques s'impose également. Mais, parmi les substances que l'on désigne sous ce nom, quelle est celle à laquelle on doit donner ici la préférence? M. Juhel-Rénoy vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux un fait qui nous paraît propre à faire pencher la balance en faveur du naphtol. Il s'agissait d'un kyste hydatique du foie, développé chez une femme de 43 ans. Une première ponction, suivie d'injection de liqueur de Van Swieten, n'avait pas empêché la reproduction et la suppuration du contenu du kyste. M. Juhel-Rénoy dut pratiquer successivement trois ponctions, dont chacune fut suivie d'une injection d'eau chargée de naphtol. Au bout de deux mois, la guérison était assurée.

Un pareil résultat n'a rien à envier à ceux que d'autres observateurs prétendent avoir obtenu à l'aide du sublimé. Mais, si on tient compte de la faible toxicité du naphtol, qui est à peu près inerte vis-à-vis de l'organisme, on n'hésitera pas à préférer ce dernier agent dont les propriétés microbicides sont d'ailleurs très énergiques, comme l'ont prouvé les recherches de Bouchard. Le souvenir encore présent des accidents graves consécutifs à l'absorption de faibles doses de composés mercuriels doit contribuer, d'autre part, à faire proscrire ceux-ci de la liste des antiseptiques applicables au traitement des suppurations viscérales. Nous sommes donc fondés à croire, pour ces deux motifs, que l'emploi du naphtol dans le traitement des kystes hydatiques du foie aura désormais cause gagnée.

— Quelle interprétation faut-il donner aux faits que M. Raymond est venu exposer, vendredi dernier, devant la Société des hôpitaux?

Doit-on mettre sur le compte de l'albuminurie, ou plutôt de la lésion rénale génératrice de celle-ci, les troubles psychiques remarquables que notre collègue a relevé chez le sujet de son observation? Il nous semble que le cadre symptomatique de la maladie de Bright s'est singulièrement agrandi depuis quelques années, au point que toute addition nouvelle risque d'étendre démesurément un domaine déjà extrêmement vaste. En ce qui concerne l'influence de l'albuminurie, ou, pour mieux dire de l'intoxication urémique, sur la production de troubles d'ordre mental, nous serions assez disposés à croire qu'il y a là un effet indirect que nous interpréterions volontiers dans le sens de réveil d'une prédisposition antérieure, héréditaire, par une maladie intercurrente. On sait quel rôle jouent les circonstances pathologiques accidentelles dans l'éclosion et la détermination des troubles psycopathiques chez les individus préparés par une tare cérébrale ancienne, restée plus ou moins latente. Il ne nous répugne pas d'admettre que le cas de la malade présentée par M. Raymond rentre dans la catégorie des faits justiciables de cette explication. Car s'il y avait connexion directe entre le désordre mental et l'albuminurie, on devrait constater souvent pareille coïncidence, étant donnée l'extrême fréquence du symptôme dénommé. En réalité, les manifestations d'ordre psychique sont fort rares chez les albuminuriques. D'ailleurs, cette remarque ne saurait infirmer les conclusions de M. Raymond, relatives à la nécessité de traiter vigoureusement la lésion rénale en pareille circonstance, attendu que la disparition de l'adultération du sang, qui constitue l'état urémique, ne peut que contribuer à l'amélioration du désordre mental déterminé par cette altération. En revanche, elle tend à infirmer la distinction que M. Ollivier voudrait établir entre les aliénés véritables et ceux qui sont sous l'influence passagère de la maladie de Bright. Cette distinction vraiment subtile n'a plus aucune raison d'être si l'on admet notre hypothèse comme l'expression exacte de la vérité.

P. MUSELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE. — D'après toutes les correspondances adressées d'Espagne aux journaux médicaux ou politiques il n'y a plus de doute possible au sujet de l'existence du choléra asiatique en Espagne. Dès le 13 mai, dans la province de Valence, on notait un certain nombre de décès dus à une maladie non déterminée, mais ayant des allures cholériformes.

Depuis le 5 juin, la maladie a pris subitement le caractère épidémique. A Puebla notamment il y a eu 150 cas et 52 décès. Le maire ayant cru prudent de quitter la ville, il y a eu panique parmi la population. Tout le district avoisinant est d'ailleurs envahi: c'est ainsi qu'à Montichelvo, sur 842 habitants, on aurait déjà noté 30 cas dont 12 mortels.

En outre de différents côtés on signale des localités envahies dans la province d'Alicante.

Devant cette situation, le ministre de l'intérieur d'Espagne a réuni le conseil supérieur de santé qui, nonobstant les résultats négatifs du même système appliqué en 1885, a pris les résolutions suivantes par 5 voix contre 4 : « Il est probable, mais pas sûr (?) qu'il s'agit du choléra asiatique. On peut déclarer néanmoins que la maladie est contagieuse. On adoptera le système d'isolement du foyer de l'épidémie. Dans l'intérieur du royaume on entourera les localités envahies par un cordon de troupes. On enverra une commission technique étudier et définir l'épidémie. On fera, aux frais de l'Etat, tout ce qui est nécessaire pour l'envoi de médicaments et de désinfectants. Des précautions sanitaires maritimes seront prises contre les provenances de la province de Valence ».

Lundi dans la nuit, le Conseil des ministres, réuni d'urgence, a approuvé les résolutions de la majorité du Conseil supérieur de santé. Six médecins, avec le directeur général de la santé, partiront pour Valence. Le capitaine général de cette ville a fourni des troupes pour former un cordon sanitaire et le préfet a envoyé des médecins au secours du district infecté.

D'accord avec les autorités, le gouvernement fait préparer des baraquements au cas où l'épidémie se présenterait dans la capitale; on procède aussi à l'examen des égouts, des hospices, et des marchés.

Ajoutons que la commission sanitaire de Valence, aurait vérifié l'exactitude de ce diagnostic. De plus, la Commission aurait constaté dans les déjections des malades, et dans les cadavres le bacille virgule. Une surveillance sanitaire semblable à celle de 1885, a été établie à la frontière d'Espagne par ordre du gouvernement français. On annonce d'autre part le départ de M. Charrin et de M. Netter pour organiser des postes d'observation.

Le tarif des expertises médico-légales. M. le garde des sceaux, ministre de la justice a reçu, lundi matin, MM. Roger, Brouardel, Lannelongue, Riant et Motet, délégués par l'Association générale des médecins de France, à l'effet de défendre l'intérêt du corps médical, dans la question des honoraires pour expertises médico-légales. Il s'est entretenu longuement avec eux du projet de relèvement des tarifs, de la situation faite aux médecins-experts et il leur a promis de s'occuper de la manière la plus active d'une question qui lui paraît digne de toute sa sollicitude et dont la solution n'est pas moins importante pour la bonne administration de la justice, que pour la sauvegarde des intérêts des médecins.

La fièvre jaune a Malaga. — Plusieurs cas de fièvre jaune se seraient produits à Malaga. Cette maladie aurait été importée par un navire provenant d'un port infesté.

Le *Libéral* dit qu'il s'agit simplement de fièvres pernicieuses.

## NOUVELLES

— Le ministre de la marine vient de désigner MM. Brassac et Hyades pour représenter le corps de santé de la marine au Congrès de Berlin.

M. le Ministre de l'intérieur, dont dépendent les services d'hygiène et la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, a désigné comme délégués dudit Congrès, MM. Proust, Netter et Valude.

M. le Ministre de l'instruction publique déléguera à cette réunion internationale quatre professeurs des Facultés de médecine, dont trois pour Paris et un pour la province. Le choix du ministre se portera probablement sur MM. Le Fort, Bouchard, Ch. Richet (de Paris) et Lacassagne (de Lyon).

* *

— Nous avons annoncé dans notre n° du 24 mai que notre collaborateur, le Dr Delvaille, avait été chargé par M. le Ministre de l'Instruction publique d'une mission consistant à étudier en Espagne, les jeux, exercices physiques et hygiène scolaire. Notre collaborateur a reçu de M. Monod, directeur de l'Assistance et hygiène publique et par autorisation de M. le Ministre de l'intérieur, la mission d'étudier dans le même pays tout ce qui a trait à l'hygiène et à l'assistance médicale.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

*La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical*, par le Dr Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, membre de la Société obstétricale. Un vol. in-12 de 224 pages avec 50 figures dans le texte. Paris, 1890, Maloine, éditeur. Prix 3 fr. 50.

L'auteur a réuni dans un petit volume toute la thérapeutique de la stérilité, chez la femme.

Cette thérapeutique, plus chirurgicale que médicale, plutôt locale que générale, est décrite d'après l'étiologie.

M. Lutaud attribue la stérilité à cinq causes principales :

La *stérilité par inaptitude à la copulation* (vaginisme, persistance de l'hymen, etc).

La stérilité par *obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus* (atrésies du col, anomalies de conformation, déplacements utérins, etc.).

La stérilité résultant de la *non rétention du sperme ou de la destruction de l'œuf dans l'utérus* (endométrites, états morbides intra-utérins, etc.).

La stérilité par *inaptitude à l'ovulation et à l'incubation* (maladies de l'ovaire, etc.).

Enfin, M. Lutaud admet une *stérilité de cause constitutionnelle et diathésique*. Dans ce chapitre l'auteur fait rentrer la syphilis, la scrofule, l'obésité et certaines intoxications (alcoolisme, morphinomanie), dont l'action sur l'appareil utéro-ovarien est manifeste.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'auteur s'attache surtout au traitement des atrésies du col. On trouvera donc dans le livre toutes les méthodes opératoires récemment introduites dans la thérapeutique et s'appliquant au traitement du vaginisme, de l'atrésie ou sténose utérine, les méthodes de dilatation, de discision; l'application des pessaires au traitement de la stérilité.

Dans un chapitre très original intitulé : *La physiologie du coït; les postures*, l'auteur donne d'intéressants détails sur l'acte initial de la fécondation, sur les différentes positions du col utérin pendant le coït, des fausses routes vaginales, etc. C'est un chapitre délicat que M. Lutaud nous semble avoir traité sans pédantisme, mais en conservant cependant le caractère de dignité que le médecin ne doit jamais abandonner.

Enfin, le dernier chapitre, qui est consacré à la fécondation artificielle, contient une statistique intéressante sur les résultats qu'on peut obtenir de cette opération.

Nous pensons que tous les médecins qui s'intéressent aux délicates questions soulevées par l'étude de la stérilité chez la femme consulteront ce petit livre qui résume fort bien l'état actuel de la science sur ce point. L. B.

* * *

*Eloge de A. Dechambre*, lue à la séance annuelle de la Société médico-psychologique du 29 avril 1889, par le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, médecin de la Maison nationale de Charenton. Brochure in-8° de 50 pages, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*A contribution to the natural history of scarlatina derived from observations on the London epidemic of* 1887-1888 being a dissertation for the degree of doctor of medicine in the university of oxford, by D. Astley Gresswell. — At the Clarendon Press à Oxford (Angleterre).

*Hygiène professionnelle : De la tuberculose chez les ouvriers en soie*, par Pierre Givre, ex-externe des hôpitaux de Lyon. Paris, 1890. Grand in-8° de 160 pages, 3 fr. 50.— Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

*Etude de psychophysiologie* (échomatisme. zoandrie, échokinésie, écholalie, par Claude Sigand, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1890. Grand in-8° de 95 pages, 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

*Traité élémentaire de pathologie générale* comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3e édit., 1re partie. Paris, 1890. Un vol. in-8 avec 121 figures. Prix de l'ouvrage complet en de parties, 12 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Hypnotisme expérimental.* (Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques, par J. Luys, membre de l'Académie de médecine, medecin de la Charité. Paris, 1890. Un vol. in-8 de 320 pages avec 28 phothogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Des méningites microbiennes*, par le Dr E. Adénot, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1890. Grand in-8 de 159 pages, avec 8 figures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Physiologie et hygiène du cerveau*, par M. Guyot-Daubès. Un vol. in-18. Prix, envoi franco, 3 fr. 25. — Bibliothèque d'Education attrayante, 166, boulevard Montparnasse.

*L'évolution du système nerveux*, par H. Beaunis, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, etc. Paris, 1890. Un vol. in-16 de 320 pages, avec 237 figures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 8 AU 14 JUIN 1890.

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 61. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs cancéreuses, 49. — Autres, 8. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 28. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 41. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 14. — Biberon 48. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 19. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 15. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 11. — Total : 918.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

**COMITÉ DE RÉDACTION :**

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. Descroizilles.

### TRAITEMENT DE L'IMPÉTIGO

*(Leçons cliniques du vendredi.)*

A certains points de vue, le traitement qu'il convient d'appliquer à l'impétigo ressemble par plus d'un côté à celui de l'eczéma. Il convient avant d'intervenir de se rappeler, que comme l'eczéma, l'impétigo peut être *discret* ou *diffus*. Je n'ai pas besoin, je pense, de vous expliquer ce que doivent cliniquement vous représenter ces expressions : rappelez-vous seulement que l'impétigo, même diffus, est loin de couvrir les immenses surfaces de peau, que l'on voit parfois envahies par l'eczéma généralisé.

Les moyens que vous aurez à opposer à l'*impétigo discret* sont des plus élémentaires ; le plus souvent vous aurez facilement raison de la maladie et principalement quand vous serez en présence de quelques points isolés, vous pourrez agir de suite et avec succès. Des topiques émollients, des cataplasmes, mais non à base de graine de lin, des cataplasmes d'amidon, de fécule ; des bains locaux et généraux, soit d'amidon, soit de son, tels sont les principaux moyens d'action que vous aurez à mettre en pratique, et qui faciliteront la chute des croûtes. A ce sujet, l'emploi des poudres médicamenteuses ne me semble pas être très rationnel. Appliquées sur des surfaces humides ou visqueuses, ces poudres forment un magma qui plus tard se durcit et forme des croûtes plutôt irritantes, et qu'il faut éviter. L'emploi des poudres me semble donc mauvais ; ou du moins les bornerais-je à ces cas où la peau est sèche, sans croûte ou sans exulcérations.

Quant à la médication interne, vous vous bornerez à l'administration d'un peu de bicarbonate de soude, et dans certains cas, des laxatifs légers vous rendront des services.

Tels sont les moyens, simples comme vous le voyez, que vous pourrez opposer à l'impétigo discret et la guérison sera rapide.

Mais les choses ne sont pas toujours aussi faciles, et comme je vous le disais en commençant, l'impétigo par l'étendue des surfaces qu'il couvre, par sa confluence, mérite l'épithète de *concret* ou généralisé. C'est cette forme d'impétigo qui mérite d'attirer toute notre attention.

D'abord, au point de vue de l'opportunité du traitement, doit-on toujours traiter les impétigos concrets ; et n'y a-t-il pas du danger à faire disparaître plus ou moins rapidement, chez les enfants, des éruptions de ce genre ? La question mérite de nous arrêter un peu et, en réalité, il y a des restrictions à faire.

Autrefois, on était persuadé que la disparition rapide de ces formes de l'impétigo ne pouvait pas se faire sans amener de conséquences plus ou moins redoutables au point de vue de la santé de l'enfant. C'était, comme vous le savez, l'époque de la métastase. On parlait de répercution morbide sur les viscères, et en particulier sur les enveloppes du cerveau; et les méningites par rétrocession des gourmes étaient redoutées.

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. *Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs*, par le Dr Georges A. Costomiris, professeur agrégé d'ophthalmologie et d'otologie, à Athènes. In-8 de 15 pages. Paris, Doin, 1889. — II. *L'enseignement au Collège de chirurgie depuis son origine jusqu'à la Révolution française*, par le Dr A. Corlieu. In-8-III, 63 pages. Paris, 1890. Bureaux du « Paris médical » et J.-B. Baillière.—III. *L'influenza. Origine e fortuna della parola*, serie cronologica delle epidemie d'influenza in Italia. La grande epidemia del 1580. Nota del prof. Alfonso Corradi. In-8 23 p. Bologne, 1890. — IV. *Histoire de l'hôpital de Lourcine*, par le Dr E. Perchaux. In-8, 93 p. Paris, 1890, Société d'éditions scientifiques. — V. *Les Eaux de source de Meucon*, étude historique sur la conduite des eaux de Meucon à Vannes, 1685-1860. De leur influence sur la santé des habitants. Jaugeage des sources. Analyse des eaux au xviie et xixe siècles ; par le Dr Alph. Mauricet, correspondant national de l'Académie de médecine. In-8, 30 p. Vannes, 1890. — VI. *Une page d'histoire de la médecine : la thérapeutique sous les premiers Césars*, par R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut, in-8, 20 p. Paris, Félix Alcan, 1890. — VII. *Ueber die Augenheilkunde der alten Ægypter*, par le prof. J. Hirschberg. In-8 36 p. Leipzig et Berlin, 1890. — VIII. *Beiträge zur Augenheilkunde des Aëtius*, par le Docteur Danélius. In-8, 76 p. Berlin, 1889.

I. Le mémoire sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs, lu à l'Académie de médecine en 1889, a été inséré dans la *Gazette médicale* de la même année ; il est donc bien connu de nos lecteurs. Ce que je veux leur apprendre aujourd'hui, c'est que le vœu de l'Académie de voir publier les œuvres inédites des médecins grecs, est sur le point d'être exaucé. La Faculté de médecine, le Sénat de l'Université d'Athènes, ont demandé au gouvernement hellénique, l'autorisation et les fonds nécessaires et notre érudit confrère, M. Costomiris, est chargé de conduire à bonne fin cette publication intéressante. Il se propose de commencer par Aëtius. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine ne manqueront pas de féliciter le doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur Papaïoannou, le recteur M. Catrichalis et le Sénat de l'Université, pour la part qu'ils ont prise à cet heureux événement.

Il y a bien certainement, de ce chef, exagération. Mais peut-être aussi, a-t-on été trop loin dans la réaction et, si on note encore aujourd'hui la coexistence qui se montre entre l'apparition d'une pneumonie, d'une méningite et la disparition des gourmes, on dit, non pas que c'est la gourme qui a causé la pneumonie ou la méningite, mais que c'est le développement de ces maladies qui a amené la disparition de l'affection cutanée.

Quoi qu'il en soit, on doit toujours garder une certaine réserve et ce d'autant plus que dans les familles, la plupart du temps on en est encore aux idées anciennes, aux idées de métastase, et qu'on ne manquerait pas de vous rendre responsable des accidents qui pourraient survenir concurremment à la disparition de l'impétigo.

Et en réalité, peut-être faut-il s'abstenir dans certains cas. Laissez-moi, à ce sujet, vous citer quelques exemples qui vous feront mieux comprendre ma pensée.

Un enfant a mal aux yeux, une gourme survient, et l'on voit en même temps, parallèlement aux progrès de celle-ci, l'état des yeux s'améliorer. Devez-vous, malgré tout, chercher à faire disparaître cette gourme ? Bien certainement non.

Il en est de même, si un enfant jusque-là languissant, faible et anémique, voit dans les mêmes conditions ses forces revenir, son appétit s'améliorer, et ses couleurs reparaître.

De même encore, lorsque d'autres manifestations morbides disparaissent ou s'atténuent : comme une toux persistante et rebelle, des maux de tête ; des troubles digestifs : dyspepsie, diarrhée, constipation ; des troubles oculaires, conjonctivites, kératites, etc. C'est dans ces cas qu'il faut savoir attendre et modérer son impatience thérapeutique. Mais enfin ce sont là des cas spéciaux et j'ai hâte d'en venir aux moyens d'action que vous avez entre les mains pour amener la guérison de l'impétigo concret.

Les mêmes moyens que nous avons employés contre la forme discrète peuvent nous servir pour le traitement de l'impétigo concret. J'ai cité les émollients, les cataplasmes d'amidon, les bains, etc. Mais le plus souvent, ces moyens sont insuffisants et l'on échoue. C'est dans ce cas qu'il faut avoir recours au traitement par les toiles imperméables, tissus caoutchouqués, taffetas gommé.

Cette méthode d'enveloppement des parties malades par les tissus imperméables n'est pas nouvelle. Son emploi a été préconisé pour la première fois en 1850, par un médecin de Beauvais, le Dr Colson. Ce ne fut que dix ou douze ans plus tard qu'elle vint, par une circonstance fortuite, à la connaissance de M. Hardy qui fit des essais dans son service. Ils donnèrent d'excellents résultats et depuis 1866, cette méthode de traitement est devenue chose courante et d'un emploi journalier à l'hôpital Saint-Louis.

On peut mettre en usage divers tissus : le caoutchouc plus ou moins épais, les toiles caoutchouquées vulcanisées, les lames minces de caoutchouc, enfin le simple et vulgaire taffetas gommé.

Le choix qu'on doit faire parmi toutes ces substances, varie. Il faut tenir compte de la susceptibilité individuelle des malades, de l'ancienneté de l'éruption, de la cohésion, de l'épaisseur des croûtes ; de la saison de l'année où on se trouve ; de la nature de la peau du malade, il y a des peaux sèches qui demandent une enveloppe caoutchouquée plus épaisse.

Enfin, condition capitale et sur laquelle j'insiste : l'application ne *doit pas être hermétique*, mais suffisamment lâche pour ne pas permettre l'affrontement exact des parties. Par exemple, s'il s'agit de la tête, la calotte que l'on appliquera devra être flottante ; si c'est sur la main, au lieu d'employer le gant tout fait en caoutchouc, on fera sur la main une sorte de sac, à collet appliqué et maintenu sur l'avant-bras.

L'application des tissus imperméables doit, de plus être *permanente*, et rester effective jour et nuit. En toutes circonstances, on doit pratiquer *des lavages fréquents*, au moins deux fois par jour. Peu importe le topique avec lequel on opérera ce lavage ; ce qu'il importe, c'est d'entretenir soigneusement la propreté de la surface en contact avec les parties malades. Ce lavage se fera avec de l'eau de feuilles de noyer, de l'infusion de tan, d'écorce de chêne, etc... Quant aux parties malades elles-mêmes, les lotions qu'on pourra y appliquer dépendent de l'état dans lequel on les trouve.

La *durée* de l'application des tissus imperméables est de sept à huit jours au moins.

Comment agissent ces tissus ? Ce n'est pas ici le lieu de traiter cette question, tout ce que je puis en dire, c'est que la chaleur locale emprisonnée, la sudation qui s'effectue sous ces enveloppes imperméables, doivent agir comme une sorte de bain de vapeur local. Y a-t-il lieu d'invoquer une action chimique ? C'est une question encore à réserver et à étudier.

---

Une décision de cette nature honore le gouvernement d'Athènes et nous souhaiterions qu'il trouvât des imitateurs.

II. M. le Dr Corlieu, que l'on peut considérer comme l'historiographe de la Faculté de médecine de Paris, vient de terminer une intéressante notice sur l'Enseignement au Collège de chirurgie, depuis son origine jusqu'à la Révolution. C'est, il faut le reconnaître avec l'auteur, une histoire difficile à faire, le collège n'ayant pas laissé de commentaires analogues à ceux de l'ancienne Faculté Toujours en lutte avec cette dernière, la corporation des chirurgiens changeait de nom, à chaque instant; selon les circonstances, son influence diminuait ou augmentait, et elle n'a pas su conserver ses archives. Tout au moins celles-ci ont-elles disparu ou sont peut-être reléguées dans quelque coin obscur des anciens bâtiments du collège. M. Corlieu insiste avec raison sur deux faits importants : 1° L'enseignement pratique déjà bien organisé par le collège à l'hôpital de quelques lits établi en 1775 et 2° la supériorité de son organisation même, sur celle de la Faculté, à diverses époques de son histoire. Après quelques considérations générales, l'auteur nous donne l'histoire de chaque chaire, le nom de tous ceux qui l'ont occupée avec une courte notice biographique sur chacun d'eux. Somme toute, la notice très intéressante de M. Corlieu constitue le premier jalon d'une histoire complète du Collège de chirurgie, histoire qui ne pourra être écrite que lorsque nous posséderons un inventaire des archives médicales conservées dans les divers établissements publics de la capitale. M. Corlieu nous donnera bien cette histoire quelque jour ; amen.

III. La *nota* de M. le professeur Corradi sur l'*influenza* est comme toutes les notes de l'auteur un petit travail d'érudition historique agrémenté de citations des plus exactes, ce qui n'est pas peu dire. Notre savant ami de Pavie suit l'étude du vocable *influenza* depuis plusieurs siècles. Usité plus particulièrement jadis pour indiquer l'influence maligne des astres et l'altération de l'air, on le trouve déjà employé en 1358 pour désigner une maladie due au froid, et en 1387 comme nom donné à une épidémie qui sévit à Florence, épidémie qui fit périr des gens de tout âge, mais surtout des vieillards. Le professeur Corradi a dressé un tableau des épidémies d'influenza survenues en Italie, de l'an 488 avant J.-C jusqu'à l'année 1847-48. C'est, pour l'auteur, une fièvre catarrhale épidémique.

Quoi qu'il en soit, on peut voir sous cette influence une amélioration manifeste se produire. Les croûtes disparaissent. Il se fait au-dessous d'elles une exsudation liquide abondante qui les détache et les fait tomber. Au bout de quelque temps, les parties de la peau malade sont nettoyées, et la guérison survient complète au bout d'un temps variable.

Malheureusement, cet effet n'est pas toujours ni aussi certain, ni aussi complet; et d'autres moyens sont nécessaires. J'ajoute d'ailleurs que l'application de ces tissus imperméables est sans danger. Je ne voudrais pas néanmoins passer sous silence un cas d'intoxication qui a été signalé par M. Jules Simon : l'agent toxique fut le sulfure de carbone, qu'on emploie comme vous le savez, dans la préparation industrielle du caoutchouc. Dans le cas que je vous signale, la cessation de l'application du traitement fit disparaître tous les accidents qui s'étaient montrés.

Ce fait est à peu près unique et il suffit d'être prévenu de la possibilité de pareils accidents.

Pour en revenir au traitement proprement dit de l'impétigo, je vous disais tout à l'heure que les tissus imperméables réussissaient souvent, mais pas toujours. C'est dans ces cas où les croûtes se reforment sans cesse qu'il est important d'avoir recours à d'autres moyens.

Les corps gras, la glycérine, la vaseline, l'axonge additionné de topiques particuliers, vous rendront des services.

Parmi ces derniers, je vous recommande particulièrement l'oxyde de zinc (une partie pour 5 de corps gras). On emploie aussi quelquefois et dans les mêmes proportions le sous-nitrate de bismuth, la résorcine, la fleur de soufre, etc.

Dans les cas rebelles, les pommades hydrargiriques vous seront utiles, soit à base de calomel, soit à base de précipité rouge à 1/10 ou à 1/5.

Certains impétigos sont très vraisemblablement de nature microbienne, c'est à eux qu'on peut appliquer l'huile de cade, la teinture d'iode, le sublimé, et d'une manière générale tous les antiseptiques.

Certains autres sont manifestement des effets de la phthiriase qui les entretient. On a proposé dans ces cas les lotions à la staphysaigre, à l'acide borique, mais ce sont là des moyens insuffisants et la pommade mercurielle, l'onguent gris vous permettra d'avoir raison de ces parasites. Les lotions au sublimé, qui peuvent être excellentes dans leurs effets, peuvent néanmoins être dangereuses.

Jusqu'ici nous n'avons eu recours qu'à des moyens locaux, au *traitement externe*, mais il ne faut pas manquer d'y adjoindre un *traitement général* qui varie un peu selon les enfants auxquels on a affaire, selon le terrain, en un mot, sur lequel l'impétigo s'est développé.

Les purgatifs légers, si les malades sont habituellement constipés; les alcalins, les sulfureux, et par dessus tout, les toniques, feront la base de votre traitement. Je ne parle pas de l'arsenic, et pour cause, je le crois plutôt nuisible qu'utile.

Les stations thermales vous offriront enfin, chez les malades qui peuvent s'y rendre, des moyens d'action qu'on ne doit pas négliger. Royat, quelquefois Vichy, Schieznach, Aix-la-Chapelle, Enghien, Pierrefonds, Saint-Honoré, Barèges, Bagnères-de-Luchon, Amélie-les-Bains vous offriront autant de stations qui peuvent agir favorablement sur les malades. Aux petits malades plus spécialement lymphatiques ou anémiques, on se trouvera bien de prescrire les eaux ferrugineuses ou salées, et parmi elles, Kreusnach, Salins, dans le Jura, Salins-de-Moustier, Salies-de-Béarn, Uriage, etc.

Reste à traiter une dernière question dans la maladie qui nous occupe, c'est celle de la *prophylaxie*. Il est certain qu'on ne saurait avoir la même sévérité que lorsqu'il s'agit d'isolement pour les teigneux. Les jeunes enfants, porteurs de lésions impétigineuses, surtout si celles-ci sont discrètes, pourront aller à l'école, partager les jeux de leurs camarades, ou de leurs frères et sœurs, à une condition toutefois, c'est que, si l'impétigo siège sur une région découverte, celle-ci soit suffisamment protégée pour empêcher toute chance de contagion directe; et à ce point de vue, en particulier, les enveloppes de tissus imperméables dont nous parlions tout à l'heure, vous rendront de signalés services. H. B.

IV. L'histoire de l'hôpital de Lourcine, thèse de doctorat de M. E. Perchaux, continue la série des monographies historiques consacrées à nos hôpitaux parisiens, grâce à l'initiative du professeur Laboulbène. L'auteur, entraîné par ses recherches historiques, nous donne d'abord une description du quartier depuis le commencement de Lutèce. Ce n'est sans doute qu'un chapitre accessoire dans lequel nous trouvons quelques détails intéressants, celui qui suit, entr'autres. En 1229, à la suite d'une querelle de cabaret, les étudiants de l'Université se battent avec les archers du prévot de Paris qui en blessent et tuent plusieurs. L'Université demande réparation, les cours sont suspendus et les professeurs et écoliers n'obtenant point ce qu'ils demandaient, sortent de Paris et se dispersent, et cette grève toute particulière dura deux ans. Après avoir consacré quelques lignes à l'origine du nom de Lourcine, sur lequel les historiens et les linguistes sont loin d'être d'accord, l'auteur nous intéresse davantage avec l'ancien hôpital de Lourcine, les commencements de l'Ecole de pharmacie, et le couvent des Cordelières devenu successivement : fabrique, maison de refuge et de travail pour l'extinction de la mendicité, hospice pour les orphelins du choléra et enfin l'hôpital de Lourcine actuel destiné aux femmes atteintes de maladies vénériennes, autrement dit : le *cadran bleu*, du nom de l'horloge que l'on aperçoit en entrant, nom pittoresque donné depuis longtemps à l'hôpital, par les habituées de l'endroit. M. Piéchaud termine sa notice par quelques détails administratifs sur le personnel, le nombre de malades, le budget, etc., détails que nous voudrions toujours voir accompagner les thèses de cette nature.

V. Quand on se plaint, de nos jours, de l'insouciance ou de l'impuissance des conseils d'administration, municipaux ou autres qui n'ont pas su doter Paris d'une fourniture d'eau suffisante pour la consommation des habitants, l'on rencontre des optimistes, qui ne buvant presque toujours que du vin, répondent : « Vous nous la baillez belle, nos aïeux buvaient n'importe quelle eau, ils la trouvaient bonne et ne se portaient pas plus mal. » Eh bien, non, à Vannes, tout au moins, on s'est toujours plaint de l'eau trouble et l'on a fait de grands sacrifices pour se procurer l'eau de Meucon, dès 1685. Lorsque l'aqueduc, mal construit, n'a pu fournir assez d'eau à la ville, les suppliques au duc d'Orléans constatent « que les autres eaux que l'on boit, occasionnent la maladie des « écrouelles » et jusqu'à nos jours, les municipalités font tous leurs efforts pour assurer cette distribution des eaux de Meucon. L'histoire de ce fait accompli est le sujet du dernier travail de notre laborieux et excellent confrère, le Dr Mauricet.

*(A suivre.)* Dr A. Dureau.

## MÉDECINE PRATIQUE

Relations de l'albuminurie avec les psychoses (a propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique). — Un nouveau cas de folie brightique, par le Dr F. Raymond, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière.

(*Suite*) (1)

En somme il s'agit ici d'une psychose à caractères bien tranchés, *spécifiques*, au début de laquelle existait déjà depuis un temps difficile à déterminer, une néphrite albumineuse. Albuminurie et folie du doute ont, pendant une durée d'observation de cinq ans, suivi une marche parallèle, passant toutes deux par les mêmes phases d'aggravation et d'amélioration. Or, quelle était ici la signification de l'albuminurie? Jouait-elle par rapport au trouble mental le rôle de cause efficiente? Est-ce parce qu'elle perdait une plus ou moins grande quantité d'albumine par la voie des reins que Mme X... était devenue sujette, avec une intensité plus ou moins grande, à ces accès de folie du doute? Cette hypothèse ne vous satisfera sans doute pas plus que moi qui ne la trouve bonne qu'à être rejetée. Tout au plus pourrait-on voir dans les déperditions d'albumine, une cause d'épuisement qui influençait la psychose par voie indirecte. Or, déjà Bouchard (*Leçons sur les auto-intoxications* p. 110), a fait justice des idées exagérées qui ont cours sur l'importance de cette spoliation dans les cas de néphrite. L'albuminurie est, pour me servir d'une expression de Bouchard, ce symptôme exquis, le premier par lequel se traduit la souffrance du rein. Elle nous révèle non seulement que le filtre rénal laisse passer ce qu'il devrait retenir, mais encore qu'il va devenir plus ou moins imperméable aux produits toxiques qui le traversent à l'état *normal* pour quitter l'organisme. C'est donc le signe avant-coureur d'une intoxication qui se prépare, intoxication qui peut exister plus ou moins longtemps sous une forme latente, qui, lorsqu'elle devient apparente, se traduit par des accidents variés, lesquels constituent les diverses formes de l'urémie. Le délire figure parmi ces accidents, délire qui dans la plupart des cas ne présente pas de caractères spécifiques, qui d'autres fois revêt des allures insolites, pouvant faire croire à un accès d'aliénation mentale. Dans les mêmes circonstances, on peut observer des troubles de l'état mental qui ressortissent à d'autres formes de psychoses : lypémanie, démence commune sans délire; folie du doute, ainsi que le prouve mon observation.

En vain objecterait-on que chez Mme X... les accès de folie du doute ont été observés à une époque où il n'existait pas à proprement parler d'accidents urémiques. Du moment qu'on se trouve en présence d'une néphrite albumineuse, on est en droit d'admettre que les conditions de la dialyse rénale s'écartent de l'état physiologique, qu'il y a rétention des poisons excrémentitiels qui s'éliminent par les reins. Cette rétention ne se traduit par des symptômes appréciables qu'antant qu'elle dépasse une certaine limite. Ces symptômes sont très variables, non seulement en raison de la diversité des poisons qui leur donnent naissance, mais parce que d'un sujet à l'antre, leur action s'exerce avec une intensité variable sur les différents appareils et sur les différents organes, pour des raisons que nous soupçonnons plutôt que nous ne les connaissons. En présence d'un cas comme celui que je viens de relater, je ne puis donc que constater le rapport qui existait entre la néphrite et une psychose à caractères aussi tranchés que la folie du doute; je ne puis que constater les rapports qui existaient entre les troubles de la sécrétion urinaire et l'évolution de la psychose, et qui conduisent forcément à rapprocher les désordres mentaux constatés chez ma malade, des accidents qu'on rattache à l'intoxication dite urémique. Dire pourquoi, dans ce cas cette intoxication s'est traduite exclusivement par des accès de folie du doute, dire quel était, dans le développement de cette psychose, le rôle de la prédisposition psychopathique tant invoquée par les aliénistes et qui n'était rien moins qu'apparente chez ma malade, ce sont là des problèmes que je me contente de soumettre à votre appréciation.

(1) Voir le numéro précédent.

Puisque j'en suis à parler de cette question de la folie brightique et de la folie urémique, qui pour moi ne font qu'une, je veux rapidement vous faire connaître un autre cas qui s'est présenté dernièrement dans mon service, et qui rentre dans la catégorie des faits visés par mon premier mémoire et par la communication de M. Dieulafoy.

Observation II.

*Néphrite atrophique latente. Accidents urémiques simulant la manie aiguë avec idées de persécution. Mort dans le coma.*

Mme Th... Zélie, vingt-sept ans, sans profession, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 20, le 15 avril 1890.

Les renseignements recueillis sur les antécédents pathologiques de la malade et sur les débuts de sa maladie actuelle se réduisent à ceci :

La malade, d'une bonne santé apparente, exempte d'habitudes alcooliques, est accouchée, il y a dix-huit mois, d'un enfant qui, depuis sa naissance, n'a cessé d'être bien portant. La grossesse et l'accouchement ont suivi une marche absolument normale. Mme Th... n'a pas eu de fièvre, pas d'accidents convulsifs. Il nous a été impossible de savoir si les urines out été analysées à cette époque. Dans les premiers jours du mois d'avril dernier, Mme Th. a éprouvé de légers malaises; à plusieurs reprises elle s'est plainte de maux de tête. Son caractère, très doux, jusque-là, est devenu irritable, et cette irritabilité est allée jusqu'à la violence.

Le 10 avril au soir (ces renseignements m'ont été fournis par le mari), Mme Th... s'est couchée bien portante. Le mari, qui partageait le même lit, ne s'est aperçu de rien d'insolite pendant la nuit. Le lendemain, au réveil, il trouva sa femme dans l'état suivant : la face était pâle, la langue tuméfiée et proéminente; la partie de cet organe qui faisait saillie hors de la bouche, était noirâtre, comme gangrenée, l'haleine était très fétide. La respiration n'était pas sensiblement gênée. Il n'y avait pas d'agitation musculaire, pas de délire, pas de fièvre. Mme Th... paraissait comprendre tout ce qu'on lui disait à ce moment-là, mais elle était dans l'impossibilité de répondre, à cause de la tuméfaction de la langue qui gênait l'articulation des sons.

Le médecin de la famille, mandé auprès de la malade, porta le diagnostic d'*hystéro-épilepsie*. Il exprima l'avis que Mme Th... avait dû se mordre la langue pendant une attaque. Il se prononça pour le transport de la malade à l'hôpital. Le même jour Mme Th. fut conduite à l'hôpital Lariboisière, et placée d'abord dans un service de chirurgie en raison de l'état de sa langue. On se borna à lui faire, *loco dolenti*, des lavages antiseptiques à l'eau boriquée. Au bout de quarante-huit heures, l'état de la langue s'étant considérablement amélioré, la malade fut placée dans mon service le 15 avril au soir.

*Etat actuel*, 16 avril 1890. Femme brune, de taille moyenne, embonpoint ordinaire. La figure est pâle, légèrement bouffie au niveau des paupières et au-dessous du menton; à part cela, on ne découvre d'œdème dans aucune autre région du corps, notamment pas autour des malléoles.

La malade est dans un état demi-comateux dont on parvient à la tirer par des excitations cutanées. Mais il est impossible d'obtenir d'elle des réponses précises aux questions qu'on lui adresse. Elle prononce des paroles incohérentes, qui n'ont aucun rapport avec ces questions. On croit comprendre qu'elle se figure qu'on vent attenter à ses jours, qu'on veut l'empoisonner. Elle se voit aux prises avec des gens qui viennent pour la faire souffrir, pour lui casser les jambes, etc. Et cependant, tandis qu'on l'examine, ces hallucinations de la vue et de l'ouïe ne déterminent pas, chez elle, d'agitation notable.

L'haleine est toujours fétide; la langue blanche est encore dépouillée de son épithélium.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne donne que des résultats négatifs. Aux membres on ne constate ni paralysie, ni contracture; pas de troubles de la sensibilité.

Il est impossible de pratiquer l'examen méthodique des yeux.

La malade ne retient ni ses urines ni ses matières fécales. Par le cathétérisme, on retire environ un demi-verre d'une urine fortement albumineuse.

*Marche de la maladie.* En fait de traitement, j'ai prescrit le régime lacté, une application de ventouses scarifiées sur la région des lombes, de chaque côté, et à l'intérieur une potion contenant 1 gramme de bromure de potassium.

17 *avril.* Pouls 32; température axillaire, de 37°4. La malade est en proie à un délire qui présente tous les caractères de la manie aiguë, son regard est plein de feu. Elle pousse des cris déchirants. A tout moment elle veut se lever, pour poursuivre des êtres imaginaires. Elle gesticule avec les bras et les jambes, et cela d'une façon incessante. Elle essaie de repousser les personnes qui s'approchent de son lit, tout en vociférant. Ses paroles et ses cris traduisent la crainte qu'elle éprouve d'être assassinée, torturée, etc. Cette scène, à laquelle j'assistais au moment de ma visite, dura environ dix minutes. Puis la malade se calme un peu, ses yeux deviennent moins brillants, les traits de son visage expriment une certaine résignation. Puis elle se met de nouveau à pousser des cris furieux, et à s'agiter plus que jamais.

Les choses ont continué de la sorte pendant toute la journée du 27 avril. Vers six heures, au moment où l'interne faisait sa visite du soir, la malade était dans un état de calme relatif. La température axillaire se maintenait à 37°4. Application de quatre sangsues derrière chaque oreille, continuation du bromure de potassium.

18 *avril.* La nuit a été extrêmement agitée. Il a fallu recourir à l'emploi de la camisole de force pour maintenir la malade dans son lit. La température axillaire marque maintenant 39°2. Le pouls bat 120. L'examen des organes thoraciques et abdominaux continue de donner des résultats négatifs. L'agitation de la veille a fait place à un état de torpeur, d'engourdissement, dont on parvient cependant à la tirer au moyen d'excitations cutanées. Voire que par instants elle répond d'une façon sensée aux questions qu'on lui adresse. Mais, par intervalles, le délire renaît, moins bruyant que la veille. Les accès délirants sont aussi de plus courte durée. Ils sont toujours caractérisés par des hallucinations de l'ouïe et de la vue: la malade croit entendre parler autour d'elle; elle croit comprendre qu'on l'accuse, qu'on veut la faire souffrir, la tuer; les bourreaux sont là, elle les entend, elle les voit, elle en manifeste une vive terreur, etc. Puis l'accès cesse, la malade se met à causer de choses sensées, et elle retombe dans sa somnolence.

Les urines retirées par le cathétérisme contiennent toujours une grande quantité d'albumine.

Le soir, la température axillaire est retombée à 37°4. — Prescription: lavement purgatif. Frictions excitantes sur tout le corps. Lait, café.

Le 19 et 20 *avril*, l'état de la malade est le même que la veille. La température axillaire oscille entre 37°4 et 37°6. L'agitation est plus grande la nuit que le jour.

21 *avril.* Vers les huit heures du matin, la malade tombe dans le coma; elle succombe ce même jour, à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie (vingt-quatre heures après la mort). Les lobes inférieurs des poumons sont légèrement œdémateux, mais ne présentent pas d'autres altérations macroscopiques.

Le cœur est normal. L'aorte est souple, sans aucune trace d'athérome.

Pas de liquide épanché dans le péritoine. Le foie et la rate ne présentent rien de particulier à noter.

*Reins.* Les deux reins sont profondément altérés; celui de droite ne pèse que 30 grammes, celui de gauche 70 grammes. Leur volume est diminué dans la même proportion que leur poids. Leur membrane d'enveloppe est épaissie, de teinte graisseuse, en certains points très adhérente au tissu sous-jacent. Après enlèvement de cette membrane, le parenchyme apparaît parsemé d'une série de granulations rougeâtres, sur un fond d'un jaune graisseux; leurs dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une lentille. Le parenchyme résiste à la coupe, principalement dans le rein droit. L'atrophie paraît intéresser surtout la substance corticale, qui renferme un certain nombre de kystes à contenu séreux ou purulent.

L'*examen histologique* a révélé les lésions d'une néphrite interstitielle chronique.

Après durcissement à la gomme, puis à l'alcool, et coloration par le picro-carminate d'ammoniaque, on voit, sur les coupes, les vaisseaux artériels dilatés; leur lumière est obstruée plus ou moins complètement et sur une étendue considérable par des globules rouges. Epaississement des tuniques artérielles, surtout de la tunique externe; la lame élastique interne est festonnée, plissée et très réfringente. Hypertrophie des parois des veines dont la lumière est plus grande qu'à l'état normal et obstruée par des globules rouges.

La plus grande partie des glomérules sont atrophiés; les uns ont leur capsule de Browmann normale; en d'autres, il y a hypertrophie considérable des parois par néoformation de tissu fibreux. Transformation fibreuse du plus grand nombre des anses vasculaires des glomérules.

Aux environs des glomérules, quelques tubes contournés sont dilatés, mais sains; d'autres sont étouffés par des amas considérables de cellules conjonctives jeunes. Les tubes urinifères les plus éloignés des glomérules ont leur paroi très épaissie, et dans quelques-uns, égale à leur lumière. D'autres tubes sont dilatés, leur lumière est supérieure à l'épaisseur de la paroi; elle est libre dans le plus grand nombre des tubes; pourtant, dans quelques-uns, on voit des masses arrondies et claires, représentant la coupe de cylindres.

La face interne des tubes est tapissée par de petites cellules cubiques, à noyau très apparent.

Pas de trace de dégénérescence graisseuse.

Sur toute l'étendue de la préparation, il y a une hypertrophie considérable du tissu conjonctif, qui renferme des cellules petites et arrondies.

*Cavité crânienne.* Les méninges sont fortement congestionnées, surtout au niveau des scissures de Sylvius et du sillon de Rolando; là les vaisseaux sont gorgés de sang. Dans la région frontale, on découvre une légère extravasation pie-mérienne.

Il existe de l'œdème cérébral à un degré assez prononcé. D'ailleurs, au moment d'inciser la dure-mère, on a donné issue à environ 50 grammes de sérosité.

Le poids de l'encéphale est de 1,400 grammes. Sur les coupes du cerveau, pratiquées suivant la méthode classique, il n'y a rien de particulier à noter.

Tel est le nouveau fait que je viens d'observer. Il est bien singulier, je l'avoue, de voir, qu'au début, l'on a songé à de l'hystéro-épilepsie; un semblable diagnostic ne supportait pas l'examen. Qu'aurait-on dit, plus tard, lorsque de véritables accès à forme de manie aiguë ont éclaté? L'on aurait, sans aucun doute, conclu à l'aliénation mentale, et l'on se serait singulièrement trompé.

J'ai cru nécessaire d'attirer de nouveau l'attention de la Société médicale des hôpitaux, sur cette question des psychoses dans leur rapport avec l'albuminurie, persuadé de sa très grande importance au point de vue médico-légal, et au point de vue thérapeutique.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYOKTANINE (COULEURS D'ANILINE), par le Dr JAENICKE, de Halle, *Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 12, p. 460.

II. — IDEM, par le Dr O. PETERSEN, de Saint-Pétersbourg, *Wratsch*, 1890, n° 20.

III. — L'EMPLOI DE LA PYOKTANINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DU NEZ ET DU PHARYNX, par le Dr BRESGEN, *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 24, p. 534.

IV. — SUR L'EMPLOI DES COULEURS D'ANILINE, par le professeur STILLING, de Strasbourg, *Berliner, Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 24, p. 531.

I. — On s'occupe beaucoup, en Allemagne, de l'action antiseptique des couleurs d'aniline et de ses applications à la thérapeutique humaine.

La question est de savoir quelle valeur pratique doit revenir aux couleurs d'aniline employées comme agents de désinfection. D'après les résultats annoncés par Carl et Branuschweig, et qui ont été exposés dans l'avant-dernier numéro de ce journal, cette valeur pratique est très discutable. La chose était à prévoir, si on s'en rapporte aux résultats des recherches bactériologiques, entreprises par M. Jänicke. Voici un exposé sommaire de ces résultats.

M. Jänicke a constaté d'abord, que le violet de méthyle additionné à un bouillon de culture, dans la proportion de 1: 6.000.000, retardait de douze heures le développement du *staphylococcus aureus*; l'éclosion de ce microcoque était complètement enrayée quand l'addition de la matière colorante se faisait dans la proportion de 1 : 2.000.000. Le même résultat s'obtient dans une culture du bacille charbonneux, additionné de violet de méthyle dans la proportion de 1 : 1.000.000; dans une culture du *sptreptococcus pyogenes* additionnée de violet de méthyle dans la proportion de 1 :250.000; dans une culture du bacille du choléra, additionnée de violet de méthyle dans la proportion de 1: 62.500. Le bacille de la fièvre typhoïde a opposé à l'action de cette même matière colorante une résistance beaucoup plus considérable. Enfin un coccus isolé par voie de culture, des produits morbides d'un cas de panophtalmie, et qui présentait les mêmes caractères morphologiques que le pneumococcus de Fränkel-Weichselbaum, n'a pu se développer dans un bouillon de culture additionné de 1: 1.000.000 de violet de méthyle.

Mais, circonstance importante à noter, dans du sérum de sang (de mouton) stérilisé, milieu de culture qui se rapproche le plus de celui que représentent nos humeurs, le violet de méthyle exerce sur le développement des bactéries ci-dessus nommées une action contraire beaucoup plus faible.

Pour ce qui est de l'action désinfectante proprement dite, action parasiticide, qui se traduit par la mort des microorganismes, elle a été étudiée par M. Jänicke sur des bactéries en suspension dans les bouillons de culture additionnés de 1/1000 de violet de méthyle. L'expérience a démontré que dans un pareil milieu, le streptococcus pyogenes périt au bout de cinq minutes, les bacilles charbonneux privés de spores au bout de 2 minutes 1/2, le staphylococcus pyogenes aureus au bout d'une minute; le bacille de la fièvre typhoïde conservait encore au bout de 50 heures l'aptitude à se développer. Les chiffres cités ci-dessus représentent des maxima pour ce qui concerne la durée de résistance des microorganismes à l'action des couleurs d'aniline.

M. Jänicke a fait ressortir le parallélisme qui existe entre l'intensité d'action parasiticide des couleurs d'aniline, et la facilité avec laquelle une bactérie déterminée se laisse imprégner par la matière décolorante. Il existe un rapport direct entre ces deux circonstances. Quand on examine sous le microscope une gouttelette du milieu de culture, qui sert à des ensemencements ultérieurs, on constate que les ensemencements deviennent stériles du moment où toutes les bactéries en suspension dans la gouttelette sont colorées en bleu foncé. Tant que l'un ou l'autre individu conserve des points clairs, les ensemencements donnent encore des résultats positifs. Donc la saturation des microorganismes par le violet de méthyle peut être considérée comme l'indice de la mort de ces microorganismes, du moins pour les espèces bactériennes qui ont fait l'objet des recherches de M. Jänicke.

Etant donnée l'influence si considérable que le violet de méthyle exerce sur le staphylococcus aureus, on pouvait *a priori* espérer atteindre ce microorganisme dans la profondeur des tissus, en se servant d'une solution de violet de méthyle relativement très diluée. Mais, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'action anti-bactérienne du violet de méthyle est considérablement atténuée lorsqu'elle s'exerce sur des microorganismes en suspension dans du sérum sanguin, et il est à prévoir que les choses se passent de même dans l'organisme vivant. Lorsque le violet de méthyle était additionné à du sérum sanguin dans la proportion de 1 : 5.000, les staphylococcus en suspension dans ce milieu conservaient encore leur vitalité au bout de trente heures, et ils ne périssaient qu'au bout d'une heure lorsque la proportion de matière colorante était portée à 1/1.000. Détail à noter, dans ces milieux de culture constitués par le sérum sanguin, les coccus ne s'imprégnaient pas de matière colorante.

Des recherches faites par M. Jänicke, pour étudier l'action désinfectante du violet de méthyle sur les microbes adhérents aux instruments, etc., ont démontré que dans ces conditions, le staphylococcus aureus périt au bout de cinq minutes de séjour de l'instrument (fil de platine) dans une solution de violet de méthyle à 2/1.000. Dans une solution d'auramine à 2/1.000, ces mêmes coccus ne périssaient qu'au bout d'une heure.

Si maintenant nous envisageons le côté pratique de ces recherches, il est évident d'abord qu'on ne saurait attendre quelque utilité du violet de méthyle dans le traitement de la fièvre typhoïde, étant donnée la résistance relativement considérable du bacille de cette maladie contre la matière colorante.

D'autre part il ne saurait être question de recourir à l'emploi du violet d'aniline pour détruire des microorganismes relativement sensibles à l'action de cette matière colorante, lorsque ces microorganismes sont en suspension dans des exsudats inflammatoires, lorsqu'ils ont pénétré dans l'épais-

seur des tissus, et cela pour les raisons indiquées plus haut (atténuation de l'action du violet de méthyle dans le sérum sanguin).

L'emploi des solutions fortes de violet de méthyle (1/2 à 1 pour 100) donnera peut-être de très bons résultats pour la désinfection des mains et des instruments; c'est là une question qu'il appartient à la pratique de décider. Pour ce qui concerne la désinfection des mains, la persistance de la coloration est évidemment un désavantage; mais, d'autre part, il deviendrait facile de s'assurer que la solution désinfectante est venue en contact avec toute la surface à désinfecter.

Si, d'ailleurs, l'on devait utiliser l'influence délétère exercée par le violet de méthyle sur le développement de certaines bactéries, on pourrait employer des solutions diluées (à 1/5000) pour l'irrigation des plaies anfractueuses, des abcès, des organes creux (tractus gastro-intestinal, vessie, oreilles, vagin, etc.). Les accidents toxiques ne paraissent pas être à redouter, car, en injectant sous la peau, à des souris, une solution à 1/1000, en quantité telle, que le rapport de la matière colorante injectée au poids de l'animal atteignait jusqu'à 1/35000, l'état général n'a pas été troublé. Quand la solution de violet de méthyle était injectée dans la cavité abdominale, il en résultait des accidents promptement mortels. Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'en solution plus concentrée (1/1000), le violet de méthyle irrite fortement les tissus, en provoquant des inflammations qui aboutissent à la formation de pseudo-membranes.

II. — M. Petersen a expérimenté l'action antiseptique des couleurs d'aniline chez 48 malades atteints d'affections vénériennes. Ses observations l'ont amené à conclure que les couleurs d'aniline (pyoktanine) employées, soit sous forme d'une poudre contenant 2 : 1000 de principe actif, soit en dissolution à 1 : 2000 — 1 : 1000, soit sous la forme de crayons médicamenteux, dans le traitement topique des ulcères vénériens et autres, donnent des résultats aussi satisfaisants que l'iodoforme, sur lequel elles ont l'avantage de leur manque d'odeur. Dans plusieurs cas de chancre mou, d'ulcérations gommeuses, dans quelques cas d'ozène syphilitique, dans les cas d'iridocyclite et de bleunorrhée, les résultats thérapeutiques ont été particulièrement satisfaisants.

III. — M. Bresgen est parti de cette idée que l'emploi topique des couleurs d'aniline, après une application du cautère actuel ou de l'acide chromique sur la muqueuse des fosses nasales, devait exercer une influence salutaire sur l'inflammation et la suppuration consécutives à la cautérisation. Il espérait ainsi abréger la durée du traitement par ces applications caustiques. Cet espoir s'est réalisé.

L'expérience a porté sur une première série de 18 sujets : aussitôt après une cautérisation des fosses nasales avec le galvano-cautère, un tampon et d'ouate imbibée d'une solution de pyoktanine à 2 : 1000 était promenée sur la surface cautérisée. Or, tandis que jusque-là, les eschares mettaient au moins quatre jours à se détacher, ce résultat était obtenu dès le second jour chez les malades traités par les applications de couleurs d'aniline ; il suffisait pour cela, de promener sur le siège de l'eschare une sonde garnie d'un peu d'ouate imbibée de la solution de matière colorante. Puis, la plaie était badigeonée deux fois encore avec la solution de pyoktanine, et l'orifice nasal était maintenu bouché avec de la ouate imprégnée de cette substance. Aucun des malades, traités de la sorte, n'a éprouvé les effets habituels des cautérisations de la muqueuse nasale, et qui se traduisent par de la gêne respiratoire nocturne, par de la céphalalgie, des douleurs d'yeux. Bref, il ne survenait pas de phénomènes inflammatoires du côté du nez. La suppuration était moins abondante, mais elle n'était pas supprimée. Le traitement ultérieur consistait dans des insufflations de sozoïodol et d'acide borique.

M. Bresgen a également eu recours aux applications de pyoktanine, à la suite de cautérisations du larynx pratiquées avec l'acide chromique, et dans un cas de syphilis du nez et du larynx. Il se déclare très satisfait des résultats qu'il a obtenus.

IV. — M. Stilling, le promoteur de ces essais thérapeutiques, fournit les renseignements suivants, sur les différents modes d'emploi de la pyoktanine, terme réservé aux couleurs d'aniline débarrassées de l'arsenic, du phénol et d'autres impuretés toxiques qu'elles peuvent contenir.

Cette pyoktanine a été employée :

1° *En nature*, dans les cas de plaie ouverte et d'ulcérations de grandes dimensions : la substance colorante doit être déposée en couches assez épaisses pour que se forme une eschare solide qu'on abandonne à l'élimination spontanée ;

2° *Crayons de gros calibre*, pour les besoins de la petite chirurgie, dans les cas d'onyxis, de petites plaies et d'ulcérations en voie de suppurer, de brûlures qui ne s'étendent pas sur une surface trop considérable. Le crayon, préalablement mouillé, doit être appliqué sur la surface malade assez fortement pour laisser à sa suite une épaisse couche adhérente de couleur.

Une seule application ne suffit pas toujours pour obtenir la stérilisation complète de la surface malade ;

3° *En petits crayons*, à employer surtout dans la pratique oculistique, par exemple pour la stérilisation des ulcérations de la cornée.

4° *En poudre*, mélangée à une poudre indifférente dans la proportion de 1 pour 100, pour saupoudrer dans les cas d'affections bénignes de la conjonctive; dans les cas de blennorrhée oculaire, on emploie une poudre contenant 2 pour 100 de bleu de méthyle. Ces mêmes poudres peuvent servir dans le traitement des affections nasales, dans le traitement des petites écorchures, des brûlures superficielles, etc. ;

5° *En pommades*, contenant en général 2 pour 100 de matière colorante. Suivant les besoins, on augmentera le degré de concentration ; par exemple, dans les cas de blépharite ciliaire, on emploiera des pommades au 1/10° ;

Enfin, *en solution* dont le titre variera de 1/100 à 1/1000 suivant les circonstances, à employer dans la pratique oculistique. Quand il s'agit d'une affection bénigne, d'un catarrhe de la conjonctive, par exemple, on emploiera de préférence le jaune d'aniline, qui, de l'aveu de tous les malades, produit un effet réfrigérant très prononcé. Les instillations seront plus ou moins fréquentes.

Les solutions se décomposent au bout de quelque temps, sous l'influence de la lumière ; il faut donc les conserver dans des verres de couleur, et les renouveler tous les huit jours environ. Du reste, à première vue on s'aperçoit, au moment d'une instillation, que la solution a perdu de son pouvoir colorimétrique, qu'elle est en voie de se décomposer.

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

Anatomie artistique. — Description des formes extérieures au repos du corps humain et dans les principaux mouvements, par le Dr Paul Richer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, lauréat de la Faculté de médecine et de l'Institut de France, avec 110 planches renfermant plus de 300 figures dessinées par l'auteur. — Paris, librairie Plon, 1890.

M. Paul Richer, médecin doublé d'un artiste, a eu l'heureuse idée de mettre à profit sa double compétence pour écrire et dessiner un ouvrage appelé à rendre de grands services non seulement aux artistes, ainsi que son titre semblerait l'indiquer, mais encore aux étudiants en médecine et aux médecins.

L'*Anatomie artistique* comprend deux volumes : le premier consacré au texte, le second aux planches et aux figures. Des indications très nettes renvoient de l'un à l'autre.

L'auteur résume lui-même l'esprit qui a présidé à son ouvrage dans les deux points suivants :

« 1° Donner aux figures une place prépondérante, remplacer, autant que faire se peut, la description écrite par la description figurée, de telle sorte que l'ouvrage soit tout entier dans les planches, et que le texte n'en devienne pour ainsi dire que l'accompagnement ;

« 2° Suivre dans la succession des figures, comme dans le développement du texte, la méthode analytique, celle qui procède du simple au composé, du connu à l'inconnu, de la partie à l'ensemble ».

L'ouvrage se divise en deux parties : l'une, *partie anatomique* ; l'autre, *partie morphologique*.

Dans la partie anatomique, l'auteur décrit successivement les os, les articulations, les muscles, quelques veines superficielles, la peau et le tissu cellulaire graisseux qui le double. Dans cette description comme dans les figures qui s'y rapportent, il reste constamment fidèle à son programme. Ainsi, pour ce qui concerne l'ostéologie, il montre les os un à un, puis réunis et groupés pour composer des parties de plus en plus étendues du squelette. De même, pour la myologie, il décrit isolément chaque muscle avec ses insertions, sa forme, son volume et la part qui lui revient dans la conformation extérieure des parties. Puis il montre les couches successives que forment les muscles, depuis ceux qui reposent directement sur le squelette jusqu'à ceux de la surface.

Le lecteur est ainsi conduit à comprendre la raison des formes extérieures et, pour ainsi dire, à pressentir celles-ci ; la seconde partie de l'ouvrage, la *partie morphologique*, qui est comme la synthèse de la première, complète la démonstration.

Après avoir, dans trois planches, représenté le corps tout entier sous ses différentes faces et avoir ainsi montré la topographie générale de la forme, M. Richer passe en revue chaque segment du corps, pris isolément, et étudie la morphologie de chaque région dans tous ses détails, indiquant par des croquis les différences qui distinguent la morphologie de la femme de celle de l'homme.

Mais cette étude de la morphologie à l'état de repos, on, si l'on aime mieux, dans cette attitude de convention que tout le monde connaît, station debout, tête droite, bras rapprochés du tronc, en supination, paume des mains tournée en avant, pieds rapprochés et se touchant presque du talon au gros orteil, cette étude, disons-nous eût été insuffisante, car le moindre mouvement, en modifiant les rapports réciproques des différents organes modifie en même temps la forme extérieure.

Il était évidemment impossible à l'auteur d'analyser les effets produits par tous les mouvements, mais ceux-ci, quelque complexes qu'ils paraissent, peuvent se décomposer en mouvements simples d'une analyse plus facile, et ce sont ces mouvements dont M. Richer étudie l'action sur la forme extérieure. Ainsi pour les mouvements de la tête, du cou et du tronc, il représente la flexion, l'extension la rotation et l'inclinaison latérale ; pour le membre supérieur, la pronation, la supination, la flexion à différents degrés ; pour le membre inférieur, la flexion forcée et la flexion modérée, le pied soulevé ou bien portant sur le sol. Chaque dessin est accompagné d'un croquis anatomique qui en facilite l'analyse.

Une étude sur les proportions du corps humain termine l'ouvrage.

Pour ceux qui connaissent le talent de M. Richer, il est inutile de louer l'exécution des dessins. Il les a faits d'après nature sur deux modèles choisis pour leur puissance de musculature et l'absence de tissu graisseux. Le choix de ces modèles, excellent pour la démonstration, explique, dans certaines figures, le relief de muscles ou de masses musculaires qui, sans cette notion, semblerait pouvoir prêter à la critique. Du reste, avec une modestie à laquelle on ne saurait trop rendre hommage, M. Richer dit lui-même : « Mon but a été de mettre entre les mains des artistes un livre exclusivement technique qu'ils puissent sans effort lire ou consulter, et dans lequel ils trouvent l'aide nécessaire, non pas pour choisir un modèle, mais pour lire et comprendre le modèle qu'ils auront choisi ».

Ce but a été largement atteint par notre excellent confrère.

Mais nous avons dit en commençant, que son ouvrage est appelé aussi à rendre de grands services aux élèves en médecine et aux médecins. Les premiers, en effet, acquerront facilement s'ils ne les ont pas, ou repasseront rapidement s'ils les possèdent déjà, les notions relatives à la charpente ostéo-musculaire du corps humain, au jeu des leviers osseux et des muscles qui les font mouvoir. Les secondes, et nous entendons ici les praticiens, médecins ou chirurgiens, y trouveront la connaissance précieuse du *nu* normal, connaissance indispensable pour apprécier le *nu* pathologique.

« Nous autres médecins, dit M. Charcot dans une leçon dont l'auteur reproduit ce passage dans sa préface, nous devrions connaître le *nu* aussi bien et même mieux que les peintres ne le connaissent. Un défaut de dessin chez le peintre et le sculpteur, c'est grave, sans doute au point de vue de l'art, mais en somme cela n'a pas, au point de vue pratique, des conséquences majeures. Mais que direz-vous d'un médecin ou d'un chirurgien qui prendrait, ainsi que cela arrive trop souvent, une saillie, un relief normal pour une déformation ou inversement. Pardonnez-moi cette digression, qui suffira peut-être pour faire ressortir une fois de plus la nécessité pour le médecin comme pour le chirurgien, d'attacher une grande importance à l'étude médico-chirurgicale du *nu* ».

L'ouvrage de M. Richer répond à ce desideratum. Sa place est donc marquée dans la bibliothèque du médecin, comme dans celle de l'artiste.

Dr F. de Ranse.

## BULLETIN

Influence des bains froids sur la marche de la rougeole. — Origine infectieuse du tétanos.

— On reproche volontiers à la science médicale française son amour de la routine et sa lenteur à accepter les progrès qui, dans notre art plus que dans tout autre, sont habi-

tuellement le résultat de l'effort universel. Ce reproche qui émane surtout de l'étranger pourra paraître fondé dans une certaine mesure; mais, d'autre part, il faut reconnaître qu'il y a souvent autant de sagesse que de timidité dans notre résistance à accueillir certaines innovations. Si, par exemple, la méthode de Brandt n'a trouvé chez nous jusqu'à ce jour qu'un petit nombre d'adhérents, cela peut s'expliquer par une défiance légitime vis-à-vis d'une médication systématique et d'apparence un peu brutale; mais cela peut tenir également à ce qu'elle a été l'objet d'une expérimentation insuffisante. Car presque tous ceux qui ont abordé résolûment la pratique allemande ont été séduits par ses résultats et sont devenus ses défenseurs convaincus, parfois ses propagateurs enthousiastes. Témoin l'exemple donné par l'Ecole de Lyon, auprès de laquelle cette méthode a depuis longtemps cause gagnée.

Il est certain que des faits pareils à ceux que M. Dieulafoy vient de rapporter devant la Société des Hôpitaux, ne peuvent que contribuer à fortifier cette confiance déjà si grande des partisans de Brandt. Car. en présence d'un cas grave de rougeole maligne, ou ne peut guère imaginer un autre mode de traitement capable de produire un effet aussi prompt et aussi remarquable, c'est-à-dire de changer en quelques heures la physionomie d'une maladie presque désespérée. Et ce que M. Dieulafoy a constaté pour la rougeole, d'autres l'ont observé pour la scarlatine. Les accidents hypertoxiques qui caractérisent dans certains cas cette fièvre éruptive ont pu également être conjurés en quelques heures, grâce à l'intervention opportune du bain froid. Des faits semblables à ceux-là acquièrent la valeur d'une véritable démonstration, car on ne peut se refuser à la conclusion qui s'en dégage, savoir que le bain froid est parfois un moyen héroïque et qui laisse bien loin derrière lui les procédés de la thérapeutique traditionnelle.

On pourrait à la rigueur se contenter de cette constatation, mais le devoir du clinicien est de tirer parti des faits pour édifier les théories générales, sans lesquelles la médecine ne peut être autre chose que de l'empirisme. L'action de l'eau froide dans les maladies infectieuses ne s'adresse pas uniquement à l'hyperthermie fébrile. Il n'y a pas seulement abaissement de la température trop élevée, par un procédé comparable à celui des mélanges refrigérants.

L'effet principal semble porter sur le système nerveux dont les réactions sont habituellement très affaiblies dans les formes graves de ces maladies, ainsi qu'en témoignent l'apparition du délire et de l'adynamie, l'affaiblissement du cœur, la suppression de l'excrétion urinaire. C'est précisément la constatation de ces différents symptômes qui devient la source des indications les plus précises et les plus urgentes. Pour remplir ces dernières, nul moyen ne peut égaler le bain froid, au point de vue de la rapidité et de la sûreté d'action. Cette conclusion s'impose même avec tant d'évidence qu'on peut l'appliquer à des maladies vis-à-vis desquelles l'emploi de l'eau froide eût semblé naguères impliquer une contradiction: les différentes variétés de pneumonie, les inflammations bronchopulmonaires, etc. De fait, un certain nombre de tentatives dans ce sens ont été déjà pratiquées en Allemagne, pays de l'audace et souvent de la témérité thérapeutique: elles ont fourni un certain nombre de guérisons inespérées. On peut en inférer que, si la méthode de Brandt a en chez nous des commencements difficiles, elle est en train de faire ses preuves et qu'elle est destinée à devenir la méthode de choix pour la plupart des maladies infectieuses, à tendance hyperthermique et adynamique. Cela revient à dire qu'elle est bien près d'entrer dans notre pratique courante, car les médecins l'apprécieront d'autant mieux, qu'ils l'expérimenteront plus souvent et plus résolument, sans esprit de système et sans parti pris.

— Depuis quelques années, sous l'influence des découvertes microbiennes, la question de la nature et de l'origine du tétanos est entrée dans une phase nouvelle. Un certain nombre d'observateurs, au premier rang desquels se place M. Verneuil, se prononcent résolument en faveur de l'origine infectieuse; plusieurs travaux inspirés par le savant chirurgien de la Pitié ont conclu dans le même sens. Les faits primitifs se sont accumulés, qui autorisent à considérer cette théorie comme bien et dûment fondée. On peut ranger parmi ces faits celui que M. Reynier vient de faire connaître à la Société de chirurgie. Ici, la filiation microbienne est démontrée d'abord par l'examen bactériologique du pus provenant de la plaie génératrice, ensuite par l'expérimentation. En effet les animaux inoculés avec ce pus bactérien ont succombé rapidement après avoir présenté des accidents tétaniformes nettement caractérisés. On peut ainsi conclure à l'infection de la plaie et à l'infection ultérieure de l'organisme comme cause véritable de l'apparition du tétanos dans le cas rapporté.

Si la théorie microbienne gagne du terrain, par contre la théorie nerveuse en perd chaque jour, et on peut prévoir le moment où elle disparaîtra, après avoir dominé longtemps la pathologie du tétanos. Il n'y aura peut-être pas lieu de le regretter, car la conception nouvelle qui tend à s'imposer de plus en plus nous semble devoir être autrement féconde, sinon au point de vue thérapeutique, du moins à celui de la prophylaxie. En effet, pour ceux qui l'acceptent, le tétanos devient, vis-à-vis des plaies et traumatismes de toute sorte, une complication comme une autre, c'est-à-dire un fait purement éventuel que l'on pourra éviter désormais grâce à la pratique vigoureuse de l'antisepsie. Logiquement, on doit donc pouvoir espérer pour un jour prochain la disparition définitive de cette redoutable complication et prévoir le moment où elle ira rejoindre l'infection purulente, l'érysipèle et la septicémie dans le domaine des maladies éteintes.

P. Museller.

## NOTES ET INFORMATIONS

— L'Assemblée de la Faculté de médecine de Lille, dans une séance récente, a émis un avis tendant à ce que la situation des agrégés des Facultés de médecine de province soit modifiée dans le sens d'une plus grande stabilité; — à ce que l'agrégé, parvenu au terme de sa période d'exercice, puisse, s'il s'est acquis des titres, et si le conseil de la Faculté intéressée en exprime l'avis, être prorogé pour une ou plusieurs périodes de 3 ans; — à ce qu'un plus grand nombre d'agrégés soit admis à jouir du bénéfice de la situation de professeur-adjoint.

Prix Alvarenga. — La Société Hufeland de Berlin a décidé dans la séance du 10 avril dernier, sur la proposition de son bureau, d'établir deux prix attribués à des ouvrages sur:

1° L'épidémie d'influenza 1889-1890. Après un historique des épidémies antérieures, on demande un aperçu général de l'apparition de l'influenza sur la surface de la terre pendant l'année 1889-90 et une étude de l'étiologie, de la pathologie et de la thérapeutique de cette maladie et des maladies consécutives à l'influenza.

2° La responsabilité au point de vue criminel du médecin

dans l'emploi du chloroforme et autres anesthésiques par inhalations.

Chacun de ces prix est fixé à la somme de 700 marks.

Les ouvrages doivent être envoyés avant le 1er avril 1891 à M. le professeur docteur Liebreich, Berlin (N. W.) Dorotheenstrasse, 34 a.

Chacun des ouvrages portera une devise qui sera reproduite sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur.

Les langues admises sont l'Allemand, l'Anglais et le Français.

Les manuscrits non couronnés seront renvoyés sur la demande des auteurs jusqu'au 1er octobre 1891 ; on publiera les noms des lauréats le 14 juillet 1891.

La fièvre jaune en Espagne. — Le conseil supérieur de santé a déclaré que la fièvre jaune avait été importée à Malaga le 22 mai par le vapeur *Fernand-Cortez*, venant de la Nouvelle-Orléans avec un chargement de coton et qui avait subi trois jours de quarantaine aux îles Canaries. Vers le 25 mai, les médecins et les religieux, chargés de l'asile San Bartholomé, remarquèrent le premier cas de fièvre jaune suivi de décès ; puis successivement les 1er et 3 juin, deux autres décès, également parmi les musiciens de l'asile, qui étaient allés à bord du vapeur *Fernand-Cortez*, en avaient rapporté des vivres et avaient bu de l'eau du vapeur. On garda secrets les premiers cas, bien que les médecins reconnussent les symptômes parfaitement caractérisés de la fièvre jaune. Puis quand deux autres cas graves se présentèrent le 16 juin parmi les membres de l'asile qui n'étaient pas allés visiter le vapeur, les médecins et les religieux se décidèrent à aviser les autorités. On a isolé la ville et la cargaison de coton, et on a envoyé à Malaga des médecins militaires et des médecins de la marine.

Le choléra en Europe.

*France*. — L'état sanitaire en France continue à être excellent, et les mesures de précaution contre l'importation du choléra ont été prises partout où elle est possible, soit par le gouvernement, soit par les autorités locales.

Comme nous le disions dans notre dernier numéro, le gouvernement a fait établir un service sanitaire à tous les points de pénétration de l'Espagne en France. Les voyageurs sont soumis à un examen médical, et les maires des communes où ils déclarent se rendre sont prévenus de leur arrivée. Les mêmes mesures sont prises dans les ports pour les arrivages d'Espagne. Les bagages sont désinfectés. L'importation en France des fruits, légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol, a été interdite, ainsi que celle des drilles, chiffons, objets de literie, etc. Enfin, un décret rendu en vertu de la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire, oblige toute personne logeant des voyageurs venant d'Espagne à en faire la déclaration à la mairie, et à déclarer également tout cas suspect survenu dans les maisons, dès l'apparition des premiers accidents.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, quoique l'épidémie ne semble pas menacer Paris, s'occupera dans sa prochaine séance de la prophylaxie du choléra. Le Conseil examinera la question de savoir s'il y a quelque chose à ajouter à l'instruction qu'il a publiée en 1884.

Dans les hôpitaux de Paris, on s'occupe par mesure préventive, d'augmenter les moyens de désinfection.

— La direction des postes et télégraphes fait savoir que, par suite de l'état sanitaire de l'Espagne, les paquebots-poste des lignes de Port-Vendres à Oran et d'Oran à Tanger cesseront provisoirement de desservir les escales de Carthagène, de Malaga et de Cadix.

Une dépêche de Marseille nous informe d'autre part que la Commission municipale d'hygiène s'est réunie à la mairie, sous la présidence du Dr Mireur, adjoint au maire, à l'effet d'examiner la situation faite à Marseille par les nouvelles d'Espagne.

Il a été établi tout d'abord que l'état sanitaire de Marseille est satisfaisant et ne comporte aucune mesure urgente ; néanmoins, la Commission a cru devoir arrêter toutes les mesures préventives.

*Espagne*. — Il est difficile au milieu des dépêches contradictoires qui nous arrivent d'Espagne, de se faire une idée précise de l'étendue et des progrès de l'épidémie. Néanmoins, il semble qu'une grande partie de la province de Valence est envahie, et que déjà on signale des cas suspects dans la province de Murcie, limitrophe de cette dernière.

Voici les nouvelles d'Espagne qui parlent de l'épidémie.

*Madrid, 24 juin.*

Les dépêches officielles assurent qu'aujourd'hui aucun cas de choléra ne s'est produit à Rugat et Montichelvo. Les cordons sanitaires sont entièrement supprimés.

Le Conseil de salubrité publique s'est réuni pour entendre le rapport de la Commission technique qui est de retour de Valence où quatre nouveaux cas viennent de se produire.

*Le Conseil de santé a déclaré que la maladie constatée dans la province de Valence est le choléra asiatique.* Toute latitude est laissée au Conseil pour décider des mesures qu'il jugera nécessaires.

La maladie décroît rapidement à Rugat, à Montichelvo, à Cuatretonda, à Fenollet, à Bengiamin. Un service de désinfection est installé à Beuicasin, à Venta, à La Encina, à Carcagente et à Oliva.

Un journal de Séville mentionne l'existence de cas suspects dans un régiment d'infanterie en garnison dans cette ville.

La *Gazette* publiera demain la déclaration officielle de la présence du choléra dans la province de Valence.

*Saint-Sébastien, 24 juin.*

La presse locale critique les mesures sanitaires adoptées à Hendaye, sous prétexte qu'elles causeront un préjudice aux stations balnéaires françaises fréquentées habituellement par des familles espagnoles.

Cependant, ici, la municipalité pousse les précautions jusqu'à faire brûler chaque jour les légumes et les fruits provenant du Midi, où, dit-on, l'épidémie augmente.

*Madrid, 25 juin.*

Le *Journal officiel* déclare contaminées les provenances du port de Gandia, et suspectes celles de Valence et de Denia (provinces d'Alicante). Il publie également une série de mesures sanitaires, et donne un tableau des cas de choléra jusqu'au 24 juin dans les localités suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| A Puebla de Rugat..... | 144 cas : | 83 décès. |
| A Montichelvo......... | 17 cas : | 9 décès. |
| A Gandia.............. | 10 cas : | 7 décès. |

et dans une série de villages de la province de Valence : 25 cas dont 13 décès.

D'après les dépêches officielles, l'épidémie serait plutôt en décroissance.

*Italie*. — Une dépêche de Naples dit que des cas de choléra viennent d'être signalés dans cette ville et sur d'autres points de l'Italie. Mais il ne s'agirait pas du choléra asiatique et la maladie n'aurait pas de caractère épidémique.

*Autriche.* — La *Wiener Zeitung*, journal officiel de l'empire autrichien, publie la liste des cas de maladies infectieuses signalés à Vienne et dans les faubourgs du 15 au 21 juin. Dans cette liste, figurent deux cas de choléra qui se sont produits dans le faubourg de Rudolsheim.

*Vienne, 25 juin.*

Dès qu'il a été question de l'apparition du choléra, le ministre de l'intérieur a prescrit toutes les mesures sanitaires commandées par les circonstances. Il se propose de renouveler l'interdiction visant l'importation et le transit des chiffons et articles similaires provenant des pays suspects, y compris la Turquie d'Asie.

*Russie.* — L'apparition du choléra sur la frontière russo-persane et en Asie centrale est démentie officiellement, d'après une dépêche de Constantinople...jusqu'à nouvel avis. On télégraphie également de Saint-Pétersbourg que l'apparition de la cholérine à Tachkend (Asie centrale) n'est pas confirmée. La Commission envoyée pour vérifier ce fait n'a constaté aucun cas de cholérine ni à Tachkend ni dans aucune localité de l'Asie centrale.

## NOUVELLES

*Missions scientifiques.* — M. le Dr Paul Thiéry doit se rendre en Ecosse en Ecosse, en Danemark, en Suède, en Norwège et en Russie, pour y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical et des hôpitaux maritimes.

***

*Corps de santé de la marine.* — Par arrêté du 16 juin 1890, M. le Dr Huot a été nommé médecin auxiliaire de 2e classe.

***

*Suppression du baccalauréat ès science restreint.* — A la suite d'une lettre du Ministre de l'instruction publique, proposant la suppression du baccalauréat ès sciences restreint, le Conseil de la Faculté de médecine a voté à l'unanimité cette suppression.

Dans la même lettre le Ministre a demandé à remplacer le baccalauréat ès sciences restreint par un baccalauréat médical spécial. Cette idée paraît avoir été agréée par la Faculté, mais en fait, une difficulté se présente : les cours pour obtenir ce baccalauréat médical seront-ils faits uniquement à la Sorbonne (Faculté des sciences) où à la Faculté de médecine par les professeurs des sciences accessoires?

La Faculté réserve donc là-dessus son opinion, attendant les explications du Ministre au sujet de l'organisation de ces cours.

***

— Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit dans un des asiles publics d'aliénés de la région une vacance qui permettra de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur publié au Journal officiel et dans le recueil des Actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui sollicitent l'autorisation de concourir.

*Conditions du concours.* — Le concours est régional; il y a autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat.

Les candidats doivent être français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de 32 ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut-être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à 35 ans en faveur de ceux qui avaient plus de 32 ans à la date du concours.

Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de service quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin-adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région; 2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, d'un docteur en médecine; 3° D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30; 2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation, le maximum des points sera de 20; 3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés, il sera accordé 30 minutes pour l'examen de deux malades, 15 minutes de réflexion et 30 mi-

nutes d'exposition, l'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal, le maximum des points sera de 30; 4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande, le maximum des points sera de 10, les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Méthode dans les sciences médicales* (analyse et synthèse), essai d'une étude historico-philosophique, par M. W. Lowenthal, docteur en médecine. Un vol. in-8° de 117 pages. — Imprimerie Henri Jouve, 15, rue Racine.

*Leçons sur la grippe de l'hiver* 1889-90, par le professeur G. Grasset, recueillies et publiées par M. le Dr Rauzier, chef de clinique médicale. Un vol. in-8 de 98 pages. — Camille Coulet, libraire-éditeur à Montpellier et G. Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain, à Paris.

*Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë* (fièvre typhoïde et grippe), par le professeur J. Grasset, recueillies et publiées par le docteur G. Rauzier, chef de clinique médicale. Un vol. in-8° de 55 pages. — Camille Coulet, libraire-éditeur à Montpellier et G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

*De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive et dans deux cas de sclérose en plaques*, par William Gosselin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Brochure in-8° de 70 pages, 2 fr.

*Quelques expériences d'auto-hypnotisme et d'auto-suggestion*, par le Dr Coste de Lagrave. Brochure in-8° de 20 pages, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 JUIN 1890.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 64. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 41. — Autres, 7. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 37. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 14. — Biberon 45. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 23. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 143. — Causes inconnues, 5 — Total : 906.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI. E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## MEDECINE

### ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCEPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

I

Les vésicules blanchâtres qui s'abritent dans les tissus des animaux atteints de ladrerie sont des cysticerques.

Ce nom a reçu des divers auteurs qui l'ont employé des significations variables. C'est ainsi que le sens attribué par Zeder (1) à ce mot subit de la part de Leuckart (2) et de Moniez (3) des interprétations bien différentes et conserve, dans les œuvres du savant professeur de Lille, une extension peut-être exagérée. Villot (1) a élucidé, en 1882, ce point litigieux de classification. Il ressort de son remarquable travail que la formation de la vésicule caudale constitue le critérium embryologique de ces états de l'évolution des cestoïdes intermédiaires entre le proscolex ou larve hexacanthe et le proglottis ou anneau. Dans un premier groupe, il fait rentrer : « des cystiques dont la vésicule caudale procède du proscolex par simple accroissement et modification de structure, sans qu'il y ait, à proprement parler, production d'une partie nouvelle » : d'où trois genres : cysticercus, cœnurus, échinococcus. Dans le second groupe, il place les cystiques dont la « vésicule caudale se forme par bourgeonnement du proscolex », c'est-à-dire par adjonction d'une partie nouvelle.

Au genre *cysticercus* du premier groupe, dont la vésicule caudale produit un seul corps contenant une tête unique, se rapporte cette étude. On le distingue des *cœnures*, des *échinocoques* en ce que ceux-ci sont monosomatiques polycéphales, ceux-là polysomatiques polycéphales. Les cysticerques proprement dits sont monosomatiques monocéphales.

Toujours parasites d'un animal vertébré, ils forment de nombreuses espèces qui sont représentées chez l'homme par le *cysticercus cellulosæ* et, comme le démontrera un exemple probable, par le *cysticercus bovis*. Ils marquent un stade particulier de l'évolution des deux tænias correspondants.

Le tænia solium se trouve à l'état rubanaire dans l'intestin de l'homme. Les œufs, éliminés par les fèces, ingérés ensuite par le porc, déterminent chez ce dernier la ladrerie, c'est-à-dire l'envahissement des muscles et de certaines parties du

(1) Zeder J. G. K Erster Nachtrag zur Naturgeschichte der Eingeweidewürmer von J. A. E. Gœze. Leipzig, 1800.

(2) Leuckart. Die Parasiten des Menschen, 2 Auf. 1881.

(3) R. Moniez. Essai monographique sur les cysticerques, thèse de Lille, 1880. — R. Moniez. Mémoire sur les Cestodes. Paris, 1881.

(1) A. Villot. Classification des cystiques de Ténias fondée sur les divers modes de formation de la vésicule caudale. Revue des sciences naturelles (3) II, 1882. — A. Villot. Mémoire sur les cystiques de Ténias. Annales des sciences natur. Zool. (6) XV, 1883.

## FEUILLETON

### REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE.

(SUITE. — VOIR LES NUMÉROS 2, 8, 13 et 22).

#### VIII. — PHILIPPE PINEL (1745-1826).

C'est en plein pays Albigeois, c'est au château de Rascas, dans la commune de Saint-André d'Alayrac (1), que naquit Philippe Pinel, le 20 avril 1745 (2). Il fut l'aîné de sept enfants. Son père et son aïeul étaient médecins. « Deux de ses frères embrassèrent également la profession médicale (1). »

Philippe fit ses études à Lavaur, au collège des doctrinaires. A vingt-deux ans, il était précepteur à Toulouse, où il remporta un prix aux Jeux Floraux.

Cependant des travaux « plus sérieux remplissaient ses loisirs. Une thèse soutenue devant la Faculté des lettres pour prendre le grade de maître ès-arts, en fait foi. En voici le titre : *De la certitude que l'étude des mathémathiques imprime au jugement dans son application aux sciences*. Il fut reçu avec éloges. Tout en étudiant avec fruit les mathématiques, Pinel, dont la curiosité était insatiable, se tourna vers les sciences naturelles. La physiologie et la médecine l'attirèrent plus particulièrement ». On ignore quel fut le sujet de la thèse de médecine de Pinel, car on n'a pas conservé à Toulouse le registre des actes de cette époque. Il la soutint le 22 décembre 1773.

(1) Et non à Saint-Paul-Cap-de-Joux, comme on l'a souvent écrit. — Pinel a d'ailleurs contribué lui-même à propager cette erreur en parlant de Saint-Paul comme de son pays natal. Son père y habitait et il y passa son enfance. Mais ce fut à Saint-André où restait la famille de sa mère que vit le jour Philippe Pinel.

(2) Dans l'article PINEL du Dictionnaire de Dechambre on fait naître Pinel le 11 avril 1755. L'article est d'ailleurs fort écourté. Et c'est regrettable ; car Pinel méritait mieux. On n'y mentionne même pas sa *Médecine clinique*.

(1) Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale, par le docteur Louis-René Semelaigne. Paris, Imprimeries Réunies, 1888.

corps par le cysticercus cellulosæ. Le mécanisme de cette infestation repose aujourd'hui sur les expériences de P. J. van Beneden (1853), Hanbner et Küchenmeister (1855), Leuckart (1856), Gerlach (1870).

La présence des cysticerques s'observe aussi chez d'autres animaux tels que le chevreuil, le monton, l'ours, le chien, le chat, le rat, le singe (1). L'homme enfin peut subir leur atteinte, soit par pénétration dans l'estomac d'œufs absorbés avec les ingesta, soit encore par une véritable auto-contamination, la larve hexacanthe provenant directement d'un œuf de tænia contenu dans le tube digestif du malade. Rumler (2) observa le premier, en 1558, un cas de cysticercus cellulosæ chez l'homme. Mais, si l'on peut, d'après la description qu'il en donne, reconnaître le kyste parasitaire, il faut arriver à Ph. J. Hartmann de Kœnigsberg (1685) pour trouver décrite la nature animale de ces tumeurs. Depuis cette époque, ces cas se sont multipliés et il serait oiseux d'en faire la nomenclature. Les cysticerques se montrent dans presque tous les organes.

On les trouve, par ordre de fréquence, dans les centres céphalo-rachidiens, sous la peau, dans l'œil, dans les muscles.

Ils affectent la forme d'une vésicule arrondie ou ovalaire transparente, blanche, de la grosseur d'un pois à une noisette, et se composent de trois parties : la tête ou *scolex*, organisée comme celle du tænia avec ses quatre ventouses latérales, ses crochets, son rostellum, le corps qui lui fait suite et forme les parois de la cavité d'invagination, la vésicule caudale.

Histologiquement, la tête ressemble à celle du tænia adulte. Les parois de la vésicule, couvertes de fines saillies papillaires, offrent un aspect granuleux. Des coupes pratiquées, après durcissement et inclusion dans la celloïdine, sur la paroi d'un cysticerque de tænia armé, situé dans le tissu cellulaire du bras et enlevé par M. le professeur Demons à un malade de son service, nous ont permis d'étudier cette structure. Disons simplement que nous n'avons jamais trouvé la membrane fibreuse dont certains auteurs entourent bénévolement le cysticerque après son ablation des tissus qui le renferment.

Le liquide contenu dans la vésicule et sur l'origine duquel nous ne discuterons pas, clair comme de l'eau de roche, contient à l'analyse qui en a été faite par Collard (3) :

(1) R. Blanchard. Traité de zool. médicale, 1889, p. 391.

(2) R. Blanchard. Loc. cit.

(3) Dict. en 30 vol. Art. Hydatides.

| | |
|---|---|
| Eau | 96,5 |
| Albumine | 2,90 |
| Sels et surtout hydrochlorate de Na | 0,60 |

D'après Mourson et Schlagdenhaufen, il serait riche en leucomaïnes puisque son injection dans le péritoine du lapin produit une intoxication caractérisée par des altérations du sang. Nous ignorons, si dans ces cas, les expérimentateurs ont, par une antisepsie minutieuse, évité la septicémie.

Le tænia inerme (T. saginata, Gæze; T. médiocanellata, Küchenmeister), parasite de l'homme au même titre que le tænia solium, résulte de l'infestation par la viande de bœuf (Olivier, Edmond Perroncito). Son cysticerque vésiculaire, d'un volume égal à 0 mm. 4, jusqu'à 3,4,6 et même 10 millim. ainsi que le fait a été établi par M. le professeur Masse (1), se rencontre dans la viande de bœuf. La tête du cysticercus bovis, évaginée par pression, tétragone, mesure 0 mm. 7 de diamètre. Dépourvue de crochets, elle porte quatre grandes ventouses terminales et une dépression centrale à la place du rostellum des tænias armés. Ce cysticerque restait inconnu chez l'homme lorsque une autopsie pratiquée par l'un de nous sur un sujet appartenant au service de M. le Pr Pitres permettait de découvrir un cysticerque en grappe contenant une tête qui, étudiée par MM. les professeurs agrégés de Nabias et W. Dubreuilh, présente les caractères macroscopiques de la tête du T. saginata (2) (fig. 4). Cet examen fut confirmé par M. L. Baillet, vétérinaire de la ville de Bordeaux dont la compétence est bien connue en pareille matière. La tête s'invaginait dans une vésicule en forme de grappe située à la base de l'encéphale.

Ainsi le *cysticercus racemosus* décrit par les Allemands ne constitue pas seulement une variété morphologique du cysticercus cellulosæ, il pourrait encore représenter une forme de cysticerque du tænia inerme. On ne l'a jusqu'ici trouvé que dans les centres nerveux.

(1) Masse et Pourquier. Note sur la ladrerie du bœuf par le tænia de l'homme. Comptes-rendus, LXXXIII, p. 236, 1876. Recueil de méd. vétérin., p. 893, 1876.

(2) E. Bitot. Communication faite à la Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 août 1889. Journal de médecine, n° 21, 22 déc. 1889.

De Nabias et W. Dubreuilh. Deux cas de cysticerques en grappe dans les méninges. Cysticercus bovis chez l'homme. Bull. Soc. d'anat. de Bordeaux, 12 août 1889. Journal de méd. de Bordeaux, 22 déc. 1889, p. 209.

---

En 1774, il se rendit à Montpellier. Comme Desault, il utilisa ses études précédentes, en donnant pour vivre des leçons de mathématiques. Comme Desault encore, il se passionna pour l'ouvrage de Borelli, sur les mouvements des animaux. « Il en fit une étude approfondie dans le but d'une application plus directe aux mouvements exécutés par l'homme. Ce travail important, dont une partie fut communiquée à la Société royale de Montpellier et dont l'autre était réservée pour l'Académie des sciences de Paris, n'est pas devenu public (1). » Ces questions de mécanique animale exerçaient alors un grand attrait sur les esprits, puisque un des plus grands professeurs de l'École de Montpellier, Barthez, publia lui aussi, un volume sur ce sujet (*Nouvelle mécanique des mouvements de l'homme et des animaux*, Carcassonne, in-4°, 1798).

Rappelons que ce même sujet a été encore traité par le regretté Dr Giraud-Teulon, avant de devenir l'objet des études expérimentales de M. Marey.

(1) Biographie universelle de Michaud, t. LXXVII, p. 242, article de Jolly et Michéa.

D'après M. Sémelaigne, Philippe Pinel bon latiniste, devint à Montpellier un fabricateur de thèses. Il s'y lia avec Chaptal, et y apprit aussi la langue anglaise, ce qui devait lui servir à traduire la *Nosologie* de Cullen, en 1785.

Il arrive à Paris en 1778, produit des mémoires de zoologie, donne encore des leçons de mathématiques, et publie une édition des œuvres de Baglivi (en 1788).

En 1791, il fait paraître un *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, et en 1793, il devient médecin en chef de l'hospice des aliénés de Bicêtre. La grande réforme que Pinel prit à cœur d'introduire dans le traitement des maladies mentales en substituant la méthode de douceur à la violence ne s'accomplit pas facilement. Il trouva de l'opposition, surtout de la part de Conthon qui, paralysé, se fit transporter à Bicêtre pour juger la question. Mais Pinel alla quand même à son but; et en 1795, il fit pénétrer la même réforme à la Salpêtrière, où il venait de passer en qualité de médecin en chef. Le 4 décembre 1794, il avait été nommé professeur d'Hygiène et de Physique médicale à l'École de santé. Il devait quelques années après, échanger cette chaire, qui allait échoir à Noël Hallé, contre la chaire de pathologie. Son grand on-

L'histoire de ces formes remonte à quelques années à peine. On rencontre bien dans les anciens auteurs, sous le nom d'hydatides en grappe, des descriptions de collections kystiques appendues, par exemple, aux plexus choroïdes. Mais il s'agit de kystes uniloculaires, régulièrement arrondis, isolés, contenant chacun une tête de tænia armé, et point d'une poche unique, munie d'une tête ou non, et s'étalant, pour ainsi dire, en prolongements vésiculaires. Aussi convient-il d'écarter les observations de Fischer (1) et de Bréra (2) qui ne répondent pas à ce desideratum.

La première observation qui se rapporte à notre sujet appartient à Louis (3). Calmeil (4), l'a consignée dans son article Encéphale du dictionnaire en 30 volumes. Il s'agissait d'un cysticerque d'aspect mûriforme. Aran (5) rapporte, en 1841, un cas analogue. Davaine, dans son livre sur les entozoaires et dans son article Cysticerque du dictionnaire encyclopédique, mentionne succinctement ces formes anormales et déclare ne les avoir observées que deux fois.

C'est à Virchow que l'on doit la première étude minutieuse de ces étranges productions kystiques auxquelles il attache définitivement le nom pittoresque de Traubenhydatiden (6). Un cas de Westphal (7) établit leur siège possible dans le canal médullaire. Puis, deux faits semblables échoient à Zenker et Arnold, Heller (8) à l'Institut anatomo-pathologique d'Erlangen. Un de ces faits et un autre qu'il observa en 1877 amènent Zenker à conclure que ces kystes appartiennent au cysticercus cellulosæ. L'hypothèse formulée par Virchow dix ans auparavant se trouvait donc vérifiée. Félix Marchand (1) apporte en 1879 trois nouveaux cas. Virchow en ajoute un autre la même année. Zenker, deux ans après, montre à la réunion des médecins de Franconie, à Nüremberg, des préparations relatives à un exemple récent ; il publie par la suite encore quelques observations de même nature et produit à l'occasion de la fête de Henle, son maître, un travail d'ensemble sur ce sujet (2).

Cette œuvre s'appuie sur 17 observations qui, pour Zenker, échappent à la critique et méritent de garder leur cachet d'indubitabilité. Elles appartiennent : sept à l'auteur lui-même ; trois à Virchow ; une, à Merkel, une, à Westphal ; trois, à Marchand, deux à Kloh.

Nous les passerons d'abord en revue, nous arrêtant à chacune d'elles, les soumettant à une interprétation sévère. Nous nous occuperons d'abord d'une d'entre elles qui ne nous paraît pas devoir être maintenue. Nous exposerons le détail des autres auxquelles nous accordons droit de cité. Nous terminerons enfin ce chapitre documentaire par la notation rapide d'observations peu connues, l'une d'Aran, l'autre de Louis et par l'exposé clinique et anatomo-pathologique de deux faits de cet ordre, recueillis dans les hôpitaux de Bordeaux, et dont l'un semble digne, à tous égards, du plus grand intérêt.

Une fois ces matériaux accumulés, nous essayerons d'en dégager quelques notions précises anatomiques, pathogéniques et cliniques, trop heureux si nous pouvons contribuer à éveiller l'attention sur une forme de cysticerques demeurée, jusqu'à ces derniers temps, à peu près inconnue en France (3).

(*A suivre.*)

(1) Johannes Fischer. Tæniæ hydatigenæ in plexu choroïdeo historia, 1789, Sipsiæ ex officina Kindélia.

(2) Louis Bréra. Traité des maladies vermineuses traduit par Bartoli et Calvet. Paris, 1804.

(3) Louis. Recherches sur la phthisie, p. 161.

(4) Paris, 1835.

(5) Aran. Arch. gén. de méd., 1841.

(6) Virchow, Rudolph. Helminthologische Notizen, 5, Traubenhydatiden des weichen Hirnhaut. Virchows Arch. f. path. anat., etc. Bd 18, 5, 528, taf X, fig. 7, 8, 1860.

Virchow. Charité Annalen, VI, Jahr 1879. Berlin 1881, 5, 687.

(7) Westphal. Cysticercen des Gehirns und Rückenmarks. Berliner Klinisch Wochenschrift, 1865, n° 43, S, 425.

(8) Heller Arnold. Invasions-Krankheiten. Ziemssens'Handbuch d. spec Pathologie and Therapie, Bd III, 1874, s. 337, 2 auf. 1876, s. 360.

(1) Marchand Félix. Virchows Archiv., Bd. 75, s. 10, taf. II, fig. 5-7, 1879.

(2) Zenker. Loc. cit.

(3) Moniez, dans sa thèse, consacre à peine quelques mots au cysticercus racemosus. Raphaël Blanchard entre à ce sujet dans quelques détails exposés aux pages 398-99 de son Traité magistral de Zoologie médicale, t. I<sup>er</sup>, 1889.

---

vrage, la *Nosographie philosophique* (dont la 1re édition en 2 volumes, date de 1798, et dont il publia la 6e édition en 1818, en 3 volumes) fut le résultat de cet enseignement. Ce livre, qui a été traduit en plusieurs langues, a joué, on le sait, un rôle très important dans l'histoire des progrès de la médecine durant ces cent dernières années. Il contribua à mettre de l'ordre dans nos connaissances. Et de plus, il eut le mérite d'inspirer à Bichat, son *Traité des membranes*. Enfin, en 1802, Pinel publia la première édition de sa *Médecine clinique*, qui fut réimprimée en 1804, puis en 1815 sous ce titre : *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultat d'observation sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière.*

Nourri d'études exactes, « Pinel se flattait, dit C. Saucerotte (1), d'avoir introduit une exactitude rigoureuse, une analyse sévère dans les maladies. C'était même pour marquer la différence qu'il y avait sous ce rapport entre ses prédécesseurs et lui qu'il avait substitué le terme de *nosographie* à celui de *nosologie*. Peut-être est ce aussi à cette prétention à l'exactitude géométrique que l'on doit attribuer l'allure de son style coupé, sec, et dont la concision visant à l'aphorisme, tombe assez souvent dans les négligences et l'obscurité ».

Mais Broussais allait venir, qui dès 1816, attaqua et combattit les idées de Pinel avec la vigueur ou mieux la passion qui caractérise l'œuvre entière de cette vie fougueuse, météorique, tempétueuse, d'un homme qui semblerait avoir aspiré à être dans l'ordre des sciences ce qu'avait été dans l'ordre politique le conquérant éphémère de l'Europe.

Pinel qui avait reçu avec quelque fierté, quoiqu'il ne fût pas courtisan, le titre de médecin consultant de l'Empereur, souffrit de ces attaques du *Napoléon* de la médecine. Il devait souffrir encore de la mesure qui le frappa en 1822, lors de la reconstitution de l'École de médecine. Bien qu'il fût resté avant tout médecin, qu'il eût contribué à arracher plus d'une victime aux bourreaux de la terreur, Pinel n'en était pas moins un fidèle tenant des principes de 89. Aussi, fut-il remplacé dans sa chaire de la Faculté, ne gardant que son titre de professeur honoraire. Et cependant, la Restauration avait commencé par honorer le mérite de Pinel. En 1818,

(1) Nouvelle biographie générale de Hœfer, t. XXXX, colonne 264.

## MICROBIOLOGIE

### AU SUJET DE L'HÉMATOZOAIRE DU PALUDISME ET DE SON ÉVOLUTION.

Par M. A. LAVERAN, professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Les éléments parasitaires du sang palustre se présentent sous des formes assez variées que l'on peut ramener aux types suivants :

1° Eléments de forme le plus souvent sphérique, libres ou adhérents aux hématies, présentant ou non des mouvements amiboïdes. Les plus petits de ces éléments mesurent à peine 1 μ de diamètre, tandis que les plus gros ont un volume supérieur à celui des hématies; les plus petits sont dénués de pigment et forment des taches claires sur les hématies. Des granulations pigmentaires se montrent bientôt dans ces éléments et se multiplient à mesure qu'ils augmentent de volume; les hématies auxquelles les parasites sont accolés pâlissent et finissent par disparaître;

2° Sur les bords des corps sphériques (qui constituent les formes parasitaires de beaucoup les plus communes), on voit parfois apparaître des flagella extrêmement caractéristiques, en nombre variable (de un à quatre), qui, au bout d'un temps variable, se détachent du corps sphérique d'où ils émanent et deviennent libres;

3° On trouve souvent dans le sang palustre, en même temps que les éléments précédents, ou à l'état isolé, des corps en croissant, pigmentés à la partie moyenne. La longueur de ces éléments est à peu près égale au diamètre d'une hématie;

4° On rencontre enfin dans le sang de certains paludiques des éléments sphériques avec un amas de pigment central et une segmentation régulière plus ou moins avancée (corps en rosace ou segmentés).

Ces éléments représentent-ils les différentes phases de l'évolution d'un même parasite polymorphe, on bien faut-il admettre qu'il existe plusieurs espèces de parasites du paludisme, chacune de ces espèces étant en rapport avec un des types fébriles du paludisme?

Je me suis posé cette question dès le début de mes recherches et j'ai essayé de la résoudre en réunissant un grand nombre de faits et en mettant en regard l'évolution de la fièvre et les résultats de l'examen histologique du sang.

J'ai constaté la prédominance de certains éléments parasitaires dans telle ou telle forme clinique, mais il ne m'a pas été possible de formuler à ce sujet des règles absolues et j'ai conclu de ces recherches que le parasite du paludisme était polymorphe, mais unique.

Dans ces dernières années, plusieurs observateurs italiens ont essayé de démontrer que les éléments parasitaires du sang palustre se rapportaient à plusieurs espèces d'hématozoaires, chacune de ces espèces étant la cause de certaines formes cliniques.

Cette doctrine a été défendue notamment par MM. Golgi, Pietro Canalis, Grassi, Feletti et Antolisei.

Golgi, Pietro Canalis et Antolisei admettent trois espèces de parasites du paludisme :

1° Parasites de la tierce; 2° Parasites de la quarte; 3° Parasites des fièvres irrégulières.

On remarquera tout d'abord que la fièvre quotidienne ne figure pas dans cette classification. La fièvre quotidienne ne serait pas un type primitif; elle résulterait de la transformation d'une tierce (double tierce) ou plus rarement d'une quarte (triple quarte). C'est là une première hypothèse et une hypothèse très difficile à admettre; la quotidienne est de beaucoup la plus commune des intermittentes dans les pays chauds, et il est singulier de la faire dériver de la tierce ou de la quarte, c'est-à-dire de types beaucoup plus rares.

Les caractères des trois hématozoaires seraient les suivants :

*Hématozoaire de la tierce.* — Il se présente d'abord sous la forme de petits corps amiboïdes à l'intérieur des hématies, puis sous la forme de corps amiboïdes plus gros, pigmentés qui émettent souvent des flagella. Aux corps pigmentés succèdent les corps segmentés qui représentent le stade de sporulation; les corps segmentés de la tierce donnent naissance à des corpuscules germes plus petits et plus nombreux que les corps segmentés de la quarte.

*Hématozoaire de la quarte.* — Mêmes stades de développement que pour le précédent, les mouvements des corps amiboïdes sont seulement moins vifs, la formation des flagella est beaucoup plus rare et la segmentation donne naissance à des corpuscules germes moins nombreux et plus gros que dans la tierce.

*Hématozoaire des fièvres irrégulières.* — (Continues palustres, quotidiennes avec accès prolongés ou subintrants, accidents pernicieux, cachexie palustre à forme rapide). Cet hé-

---

le duc d'Angoulême, visitant la Salpêtrière, lui avait remis au nom du Roi, la croix de l'Ordre de Saint-Michel !

Pinel s'était marié une première fois, en 1792, avec Jeanne Vincent, originaire du Jura, qui mourut en 1812, après lui avoir donné deux fils, Scipion qui fut médecin et Charles qui devint planteur au Brésil. Il se remaria en 1815, « et la compagne de ses vieux jours, dit M. Sémelaigne, se montra digne en tout du choix d'un pareil homme ; elle lui prodigua sans discontinuer, les soins de la plus tendre affection. » C'est à la Salpêtrière qu'il mourut, le 26 octobre 1826, à l'âge de 81 ans. « Il succomba à une fluxion de poitrine (1). »

Pinel faisait partie de l'Académie des sciences, depuis 1803 (dans la section de zoologie, où il avait remplacé Cuvier, devenu secrétaire général), et de l'Académie royale de médecine.

L'influence de Pinel s'est surtout fait sentir dans l'ordre des maladies mentales. Son œuvre philantropique, humanitaire, est longuement et justement appréciée dans la deuxième partie du travail de M. Sémelaigne dont nous ne saurions trop conseiller la lecture.

Un appendice reproduisant dix lettres de Pinel adressées, cinq à son frère Pierre, quatre à son frère Louis, une à Desfontaines, augmente l'intérêt de cette étude et fait connaître avantageusement Philippe Pinel, jusqu'à dans le laisser-aller de l'intimité.

(*A suivre.*) Dr ALBERTUS.

(1) D'après M. Sémelaigne. La *Biographie de Michaud* ne parle que d'une attaque d'apoplexie. En 1823, il avait eu une première attaque. « A peine convalescent, disent Jolly et Michéa, il voulut visiter ses malades, mais les forces l'abandonnèrent et bientôt il eut besoin de vivre entièrement dans la retraite. Enfin une seconde attaque l'enleva le 25 octobre 1826.

matozoaire est représenté à son premier stade de développement par de petits corps amiboïdes identiques à ceux des premières variétés (1).

An bout d'un temps variable, on voit apparaître les corps en croissant qui se transforment en corps ovalaires et en corps sphériques d'où émanent parfois des flagella, enfin en corps segmentés.

Feletti et Grassi admettent l'existence de deux variétés de parasites qui correspondraient : la première, aux fièvres régulières ; la deuxième, aux fièvres irrégulières ; cette deuxième variété étant caractérisée par les corps en croissant.

La doctrine de la pluralité des hématozoaires du paludisme soulève de nombreuses objections.

L'unité du paludisme au point de vue clinique et anatomo-pathologique est indiscutable. On rencontre plus souvent telles ou telles formes dans telles ou telles conditions ; les tierces et les quartes, par exemple, sont beaucoup plus communes dans nos climats que dans les pays chauds, mais on ne peut pas dire qu'il y ait ici un foyer de tierces, là un foyer de quartes ou de fièvres irrégulières ; c'est dans les mêmes foyers endémiques que l'on contracte les fièvres des différents types, et ces types varient d'une façon régulière avec les saisons et les climats.

L'anatomie pathologique montre aussi l'unité du paludisme ; la mélanémie, l'hypersplénie, sont des lésions communes à toutes les formes du paludisme. Enfin le même traitement leur est applicable.

C'est un fait bien connu que la fièvre change très souvent de type chez un même malade. Il est rare, surtout dans les pays chauds, qu'une fièvre débute avec le type tierce ou le type quarte ; le plus souvent, elle est d'abord continue ou quotidienne et c'est lors d'une rechute qu'elle se transforme en tierce ou en quarte. Le type de la fièvre peut se modifier alors que les malades ont quitté les pays où règne le paludisme, c'est-à-dire dans des conditions qui excluent l'idée d'une nouvelle infection. Les auteurs qui admettent l'existence de plusieurs espèces d'hématozoaires du paludisme sont conduits à dire, pour expliquer ces faits, que le sang de certains malades contient les différentes espèces de parasites qui prédominent tour à tour.

Un grand nombre de faits échappent au contrôle de la doctrine de Golgi ; et d'abord tout le groupe des quotidiennes, c'est-à-dire le groupe le plus nombreux des intermittentes. La quotidienne étant tantôt une double tierce, tantôt une triple quarte, tantôt une fièvre irrégulière (quotidienne avec des accès prolongés ou subintrants), on pourrait rencontrer dans cette fièvre les trois variétés de parasites. D'autre part, les corps sphériques (corps amiboïdes pigmentés ou non pigmentés), les flagella et les corps segmentés s'observent dans les trois variétés avec des caractères presque identiques. Parmi les assertions émises par les partisans de la pluralité des hématozoaires du paludisme, il en est une cependant qu'il est facile de contrôler, or cette assertion n'est pas exacte. D'après Golgi, Pietro Canalis, Grassi et Feletti, Antolisei, les corps en croissant ne se rencontreraient jamais dans le sang des malades atteints de tierces ou de quartes régulières.

J'ai recueilli pour ma part bon nombre d'observations de tierces ou de quartes très régulières, dans lesquelles la présence des corps en croissant a été notée. Dans certains cas, bien que le type de la fièvre varie, les éléments parasitaires restent les mêmes ; d'autres fois, les éléments parasitaires du sang se modifient en même temps que le type de la fièvre, mais il s'en faut que ces modifications se produisent toujours d'après les lois posées par les auteurs italiens. Chez un de mes malades, la présence des corps en croissant a coïncidé avec une fièvre tierce, tandis que lors d'une précédente atteinte du type quotidien, je n'avais trouvé que des éléments sphériques et quelques corps segmentés.

Gualdi et Antolisei ont cherché à donner des preuves expérimentales de la pluralité des hématozoaires du paludisme ; ils ont injecté six fois, dans les veines d'individus sains, du sang provenant de malades atteints de tierce ou de quarte, dans le but de constater si on réussirait à reproduire chez l'inoculé le type de fièvre du malade qui avait fourni le sang (1).

Dans un cas seulement, ce résultat (qui devrait être la règle si les parasites de la tierce, de la quarte et des fièvres irrégulières étaient d'espèces différentes) a été obtenu. Un individu inoculé avec du sang de fièvre quarte a eu deux accès du type quarte ; dans les autres cas, les résultats ont été peu favorables à la doctrine de Golgi. On voit par exemple, chez un malade, que l'injection intra-veineuse du sang de quarte donne lieu à une fièvre continue d'abord, puis irrégulière, et lors d'une rechute, on constate l'apparition de *corps en croissant*.

Gualdi et Antolisei admettent, pour expliquer ces faits, que les différentes variétés de parasites peuvent se trouver réunies chez un même malade.

Antolisei admet encore que la variété d'hématozoaires caractérisée par les corps en croissant peut évoluer sans passer par la phase des corps en croissant (la seule caractéristique de cette variété) ; enfin que le type de la fièvre ne dépend pas seulement de l'espèce des parasites, mais aussi de l'état des malades.

On voit à quelle série d'hypothèses et de concessions les partisans de la doctrine de la pluralité des germes sont obligés de recourir pour mettre les faits en rapport avec cette doctrine.

Est-il donc si difficile de comprendre qu'un même parasite puisse prendre les formes que j'ai décrites comme étant les différentes phases du développement de l'hématozoaire du paludisme. Ce polymorphisme est pour ainsi dire la règle dans l'histoire des sporozoaires. Il est à noter d'ailleurs que la doctrine de Golgi ne simplifie que fort peu la question de l'évolution de ces parasites.

La présence de corps en croissant dans le sang de certains paludiques et leur absence chez d'autres n'impliquent pas

(1) Golgi. Sur le développement des parasites du paludisme dans la fièvre tierce. (*Archivio per le scienze medic.*, t. XIII, p. 173). — Du même, sur les fièvres intermittentes à long intervalle. (*Société médico-chirurg. de Pavie*, 6 avril 1889). — Pietro Canalis. *Studi sulla infezione malarica*, Torino, 1889. — Feletti et Grassi. *Sui parassiti della malaria*, Catania, 1889, et *Riforma medica*, mars 1890. — Antolisei. *Riforma medica*, 1890. (Deux articles sur les hématozoaires de la tierce et de la quarte). — Antolisei et Angelini. Nota sul ciclo biologico dell' ematozoo falciforme. (*Riforma medica*, mars 1890). — Antolisei. Considerazioni intorno alla classificazione dei parassiti della malaria. (*Riforma medica*, avril 1890).

(1) Gualdi et Antolisei. Due casi di febbre malarica sperimentale (*Reale accad. med. di Roma*, 1888-1889., fasc. VI.) — Due altre casi di febbre malarica sperimentale (*Riforma medica*, septembre 1889). — Una quartana sperimentale (*Riforma medica*, novembre 1889). — Inoculazione delle forme semilunari di Laveran (*Riforma medica*, novembre 1889.)

l'existence de plusieurs espèces d'hématozoaires. On peut très bien admettre que l'hématozoaire du paludisme n'évolue pas toujours de la même manière.

J'ai examiné l'an dernier, dans le laboratoire de M. Metchnikoff, à l'Institut Pasteur, des parasites de *l'apus* qui sont fixés sur les branchies mobiles. Ces parasites, constitués d'abord par des corps fusiformes réunis en faisceaux, donnent naissance tantôt à des corps amiboïdes et tantôt à des corps en croissant. Il est bien probable qu'il se passe quelque chose d'analogue dans l'évolution des hématozoaires du paludisme.

En résumé, je persiste à croire que, conformément aux assertions émises dans mes premiers travaux, l'hématozoaire du paludisme est polymorphe, mais unique, et que de plus son évolution n'est pas toujours la même. Dans certains cas, le parasite prend la forme en croissant qui fait défaut chez les autres malades. Les corps en croissant se montrent surtout, ainsi que je l'ai toujours dit, dans les formes anciennes, chez les malades qui ont eu plusieurs rechutes ou chez les cachectiques palustres. Quant au type de la fièvre, il dépend de l'état du malade, de son irritation, de son degré d'accoutumance au paludisme, plutôt que de la variété des formes parasitaires qui se trouvent dans le sang.

## RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

### AUTOMATISME COMITIAL AMBULATOIRE.

*Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 juin 1890.*

MM. Chantemesse et Widal. — Il s'agit d'un homme a antécédents héréditaires névropathiques très chargés du côté paternel. Son père, son grand-père, un de ses oncles sont alcooliques, il a de ce côté plusieurs aliénés dans sa famille. En outre, sa mère est nerveuse.

Pour lui, il s'est toujours bien porté. Cependant, jusqu'à l'âge de 14 ans, il urinait au lit. Pendant la guerre de 1870, il a eu un seul accident pouvant faire penser à l'épilepsie. Un matin, ses camarades qui couchaient dans la même pièce que lui, lui demandèrent ce qu'il avait eu pendant la nuit, il avait crié, s'était débattu, avait fait du bruit, sans s'en rendre compte, de plus il avait uriné sous lui. Cet homme ne boit pas, ce n'est pas un alcoolique, il était même un excellent soldat. Cependant, une fois il fut mis à la salle de police pour une absence comitiale. Il était sergent, ou sonne « aux sergents » il était sur son lit et ne descendit pas à l'appel, ses camarades l'ayant averti un peu après, il arrive, mais il avait un air si bizarre qu'on le crut ivre et qu'on le punit pour ce fait.

Sorti du régiment, il se fit remarquer par son caractère renfermé et son insociabilité, il ne s'est pas marié. Il obtint une place d'employé à l'octroi. Mais alors il eut de violents chagrins qui provoquèrent des accidents de déambulation plus graves. Un jour il était de garde à une des portes de l'octroi de Paris, quand il fut pris d'une de ces absences. A ce moment arrivaient des voitures qui essayaient de faire de la contrebande, il les laissait passer. On l'accusa d'avoir voulu faciliter la fraude. Cette accusation l'affligea et il devint sombre. Quelques jours après, il prépare son repas, puis tout à coup, sans l'avoir mangé, il emporte son argent, laisse la clef sur la porte et part. Trois jours après, on le trouve au Trocadéro, mouillé et éreinté. On lui demande son nom, il le donne ; on le prit pour un malfaiteur et on lui demanda d'où il venait, il répondit qu'il venait de Corse. Or, effectivement, il était allé en Corse plusieurs années auparavant; à ce moment, tout ce qui s'était passé depuis ce voyage était absolument sorti de sa mémoire. On l'envoya à Sainte-Anne, où il eut des hallucinations, il poursuivait des êtres imaginaires qui rôdaient autour de lui. Au bout d'un certain temps, il parut guéri et on le laissa sortir.

Il put reprendre sa place, mais il la quitta bientôt pour entrer dans une usine sucrière, où il fut repris des mêmes accidents. Un jour, il vit auprès de lui un ouvrier écrasé par une machine, il alla ensuite déjeûner, puis il se disposait à rentrer chez lui, mais il ne le fit pas, il alla se promener, à 3 heures il entrait dans un restaurant, se commandant à dîner, et comme il n'avait pas faim, il jetait son repas à un chien, ce qui étonnait fort les consommateurs et les garçons, il but trois bouteilles de vin, lui qui était très sobre, quand on lui présenta sa note, il dit qu'il n'avait pas de quoi payer. On lui demande son adresse, et il indique son avant-dernière adresse, il avait cette fois encore perdu le souvenir de ses actions les plus rapprochées. A cette ancienne adresse, on put retrouver sa nouvelle et il fut réclamé par son concierge avec lequel il était en d'excellents termes. Rentré chez lui il ne reconnaissait pas son logement. A six heures il reprit possession de ses facultés, sortit de cet état second, demanda ce qui s'était passé pendant cet accès dont il n'avait pas conscience, et paya sa dépense.

Mais en outre de ces deux grands accès, il a eu de petits accès de plus courte durée. Une fois, il alla à l'Hippodrome, mais n'y trouva pas de place, ce qui le chagrina fort. Il s'en retourna, mais alors il perdit le souvenir de ce qu'il fit. Il entra dans un café, se fit servir à boire, mais fit du bruit, cassa des verres et sortit sans payer. L'accès fut court, et à la sortie de son état, il eut la vague conscience d'avoir fait quelque chose d'étrange. D'ailleurs il se rend assez bien compte de ces petits accès, car une fois revenu à l'état normal, il se souvient de l'aura qui a précédé sa période d'automatisme. Cette aura débute souvent plusieurs heures d'avance, elle consiste en une sensation de martellement autour des yeux, aux tempes et au front. Ces accès d'automatisme léger, sont assez fréquents et sont souvent remarqués par ses camarades. Dans ces moments, il se met à travailler avec une rapidité anormale, sa figure devient pâle, puis il rentre chez lui, il fait du bruit, casse ses meubles, son poêle, ce qui lui cause parfois des brûlures. Ses camarades ne le dérangent pas pendant ses accès.

Les petits accès deviennent de plus en plus fréquents. Quand il lit il a l'habitude de faire une corne à son livre pour retrouver la page où il a laissé sa lecture. Mais souvent il lui arrive de ne pas se reconnaître à l'endroit marqué, s'il relit sa lecture de la veille, il se souvient de la première partie, mais il a totalement oublié la seconde, il a passé tout d'un coup de l'état normal à l'état second, a continué sa lecture néanmoins, mais sans en garder le souvenir. En revanche il lui semble se souvenir de choses qui n'étaient pas du tout dans son livre. Des faits analogues se produisent quand il écrit. La première partie de sa lettre va bien, puis à un moment donné, il entre dans son état second et continue à écrire, mais ce qu'il écrit n'a plus aucun rapport avec ce qui précède, il écrit n'importe quoi : quand il veut expédier sa lettre, il est obligé de recopier sa première partie, puis arrivé à la seconde partie, il est alors capable, par un effort de volonté, de se maîtriser et d'écrire convenablement jusqu'à la fin.

Cet homme a, en outre, des phénomènes d'hystérie, il a de l'anesthésie de la moitié externe du pied, de l'insensibilité pharyngienne, de l'affaiblissement de l'ouïe.

Il est actuellement très amélioré, nous lui avons donné du bromure à très hautes doses, 4 grammes pendant une semaine, puis 5 grammes pendant une autre, puis 6 grammes dans la suivante et ainsi de suite. Depuis que le traitement est commencé, il n'a eu qu'une fois la sensation de martellement, mais cette aura n'a pas été suivie de crise, tous ses accidents d'absence ont disparu.

Je vous al présenté cet homme d'abord parce que ces cas d'automatisme ambulatoire épileptique sont assez rares, ensuite parce que ce malade a, en partie, la faculté de maîtriser ses attaques, ce qui n'a pas encore été signalé.

J'ajoute qu'il n'est pas venu nous trouver pour ses accidents

d'automatisme, dont il évite de parler. Il se plaignait exclusivement d'accès d'angine de poitrine. Or, ces accès d'angine coïncidaient avec des accès d'asphyxie locale des extrémités. Ce fait est intéressant au point de vue de la théorie des angines de poitrine dites hystériques. Il semble bien que chez lui il se faisait simultanément des contractions des vaisseaux aux extrémités et au cœur. Il réalisait ainsi de l'angine de poitrine par ischémie cardiaque spasmodique.

## REVUE DES JOURNAUX

### PATHOLOGIE DE L'ESTOMAC

I. — Contribution a l'étude de l'ulcère rond de l'estomac, compliqué de cancer, par M. Th. Rosenheim. *Zeitschrift für Klin. Medicin*, t. XVII, fasc. 1 et 2, p. 116, 1890.

II. — Ulcère de l'estomac avec hypertrophie conjonctive et induration du pylore, ou carcinome? par le Dr Chas M. Mutz. *Therapeutic Gazette*, 1890, n° 2, p. 91.

III. — Gastrite aigue emphysémateuse, d'origine probablement mycosique, par le Dr E. Fraenkel. *Virchow's Archiv*, t. 118, fasc. 3, p. 526.

IV. — Tétanie dans un cas de dilatation de l'estomac, par le Dr Loeb. *Archiv für Klin. Medicin*, t. 46, fasc. 1, p. 95.

V. — Sur les affections de l'estomac en rapport avec un état pathologique des organes génitaux chez l'homme, par le Dr A. Peyer. *Volkmann's Klin. Vorträge*, n° 356.

Depuis quelques années, on tend de plus en plus à admettre qu'il n'existe pas un antagonisme absolu entre l'ulcère simple de l'estomac et le cancer, que l'ulcère simple favorise l'éclosion du carcinome, peut servir de point de départ au développement d'une néoplasie cancéreuse.

M. Rosenheim vient de publier quatre exemples de coexistence d'un ulcère rond et d'un cancer de l'estomac chez un même sujet, à l'appui de la théorie en question.

Une première observation a trait à une femme de 42 ans qui, depuis dix ans, était sujette à des crampes d'estomac. Dans les quinze derniers mois de sa vie, cette malade a présenté les symptômes caractéristiques d'un carcinome du pylore : tumeur, ectasie gastrique, vomissements de matières ressemblant à du marc de café, émaciation, douleurs lancinantes au creux de l'estomac. Jusque dans les dernières semaines qui ont précédé la mort, on a pu constater la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal de cette malade. Voire qu'il existait chez elle une hyperacidité manifeste (3,9 pour 1,000).

L'autopsie vérifia le diagnostic de carcinome du pylore, porté du vivant de la malade. La tumeur avait eu pour point de départ la cicatrice d'un ulcère simple ; elle n'avait que fort peu entamé la muqueuse, intéressant surtout les tuniques sous-muqueuse et musculeuse. Sur le grand cul-de-sac de l'estomac et dans la région du cardia la muqueuse était saine.

C'est cette intégrité de la muqueuse, dans la plus grande partie de l'estomac, qui explique, suivant l'auteur, la persistance de la sécrétion chlorhydrique et l'exagération de cette sécrétion.

M. Rosenheim relate ensuite l'observation d'une femme de 38 ans, qui, depuis l'âge de 20 ans, était affectée d'une insuffisance de la valvule mitrale avec léger rétrécissement. Depuis six mois, cette femme, à la suite de douleurs violentes qu'elle avait éprouvées dans la région du cardia, était devenue très faible. Puis elle avait eu des vomissements marc de café. Jusqu'à sa mort, ces deux symptômes, faiblesse et vomissements noirs, ont dominé la scène pathologique.

La malade a succombé un an après le début des accidents. Dans les derniers temps de sa vie, elle avait beaucoup maigri, et on avait pu constater la présence d'une tumeur dans la partie inférieure du côté gauche du thorax. A partir de cette même époque, l'analyse chimique ne décelait plus d'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal de la malade, contrairement à ce qui avait eu lieu jusqu'alors.

A l'autopsie, on a trouvé un ulcère rond dans la région pylorique de l'estomac, sur la base duquel s'était développé un squirrhe. Dans le reste de son étendue, l'estomac ne présentait rien de pathologique ; la muqueuse notamment avait une structure normale. Comment expliquer, dans ces conditions, que la sécrétion de l'acide chlorhydrique se soit tarie dans les cinq mois qui ont précédé la mort ? Par les anomalies de la constitution du sang, observées chez cette seconde malade, qui a présenté d'abord une leucocytose très prononcée, plus tard les altérations globulaires qu'on rencontre dans les cas d'anémie pernicieuse.

Une troisième observation concerne une femme de 42 ans, qui était sujette depuis des années à des vomissements muqueux et à des douleurs d'estomac. Depuis deux ans, elle avait été prise de vomissements de sang, qui se sont reproduits dans la suite. Le contenu stomacal renfermait de l'acide chlorhydrique libre. Plus tard, apparition d'une tumeur au creux épigastrique, qui s'est développée rapidement ; diminution rapide des forces. Le contenu de l'estomac renfermait toujours de l'acide chlorhydrique libre. Diagnostic : ulcère de vieille date, siégeant sur la grande courbure ou sur la paroi antérieure de l'estomac, sur la base duquel s'est développé un carcinome développé en nappe dans les tuniques sous-muqueuse et musculaire, sans destruction notable de la muqueuse, sans gastrite concomitante.

La malade a été perdue de vue par M. Rosenheim ; l'auteur s'est attaché à montrer qu'il ne pouvait s'agir, dans ce cas, d'une infiltration diffuse, simplement inflammatoire, de la paroi de l'estomac, ni de la cirrhose de la région pylorique, de Brinton, ni du rétrécissement hypertrophique du pylore, tel qu'il a été décrit par Lebert, Nauwerk, Hanot, Gombault.

Une quatrième observation se rapporte à une femme de 64 ans, qui se disait malade depuis trois mois, lors de son entrée à l'hôpital. Elle avait remarqué que ses selles avaient l'aspect du goudron. De plus, elle était devenue sujette à des vomissements bilieux. Dans les matières qu'elle a vomies pendant son séjour à l'hôpital, on a constaté la présence de l'acide chlorhydrique libre. Elle est morte le lendemain de son entrée.

A l'autopsie, on a découvert, au voisinage du pylore, une ulcération large de 6 cent. 1/2, longue de 11 cent. 1/2, sinueuse, à bords durs, épaissis, inégaux. Le fond de l'ulcération était constitué par un cancer médullaire, sauf dans le voisinage du pylore, où, sur une étendue de 4 centimètres, la lésion présentait les caractères propres à l'ulcère simple. A noter que chez cette femme, le pannicule adipeux sous-cutané était très développé, notamment dans la région abdominale.

D'après l'ensemble des faits observés jusqu'à ce jour, M. Rosenheim croit pouvoir caractériser en ces termes, la symptomatologie de l'ulcère simple compliqué de cancer de l'estomac :

Contrairement à ce qui a lieu dans la très grande majorité des cas de cancer simple de l'estomac, la sécrétion gastrique reste normale jusqu'à la fin de la maladie. Cela tient à ce que

la néoplasie cancéreuse ne se développe que dans la profondeur de l'ulcère, sans toucher à la muqueuse du reste de l'estomac. Toutefois, les néoplasies squirrheuses se comportent un peu différemment, en ce sens que dans la moitié des cas jusqu'ici connus, ils avaient occasionné une gastrite concomitante précoce. — Enfin, dans la plupart des cas, l'ulcération présente une évolution latente avant de se compliquer d'une néoplasie cancéreuse.

Eu égard au diagnostic, on peut conclure de là, qu'en présence d'un malade offrant les symptômes bien tranchés d'une affection cancéreuse de l'estomac, la constatation de l'acide chlorhydrique libre, dans le contenu de l'estomac, plaide en faveur d'une néoplasie maligne développée sur la base d'un ulcère simple. Ce diagnostic n'approche de la certitude qu'autant que le malade a déjà présenté, pendant une période de temps assez longue, les symptômes d'un ulcère simple.

Mais l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu de l'estomac ne prouve pas péremptoirement que la néoplasie maligne ne s'est pas développée sur la base d'un ulcère simple, ainsi qu'il résulte, entre autres, de la seconde observation relatée par Rosenheim.

Ce qui ressort surtout des faits publiés par l'auteur, c'est que la constatation de l'acide chlorhydrique, chez un malade qui présente les symptômes d'un ulcère rond de l'estomac, ne parle nullement contre l'existence d'un cancer concomitant.

II. — Une femme de 30 ans éprouvait depuis quelque temps des douleurs à l'épigastre, qui s'irradiaient vers le foie. Il lui semblait de plus qu'une tumeur se développait dans son ventre. Son état général étant bon, elle ne se préoccupa d'abord que médiocrement de ses douleurs, qui étaient intermittentes. Mais au bout d'un an, ses souffrances s'exaspérent. Elle se mit à vomir des matières semblables à du marc de café, elle maigrit très rapidement. On pouvait, à cette époque, constater chez elle, dans la partie droite de l'épigastre, une tumeur assez dure, un peu mobile, participant aux mouvements respiratoires, large environ comme la paume de la main. Les matières rejetées par le vomissement ne contenaient pas d'acide chlorhydrique libre.

Sous l'influence d'un traitement par la cocaïne, la pepsine, l'extrait fluide de condurango et l'iodure de potassium, les accidents éprouvés par la malade se dissipèrent très rapidement, pour revenir après cessation de traitement. Celui-ci fut repris, et la malade se rétablit définitivement. Au bout de six mois, on ne découvrait plus, à la palpation de l'épigastre, la moindre trace d'une tumeur.

L'auteur conclut néanmoins qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse.

III. — Un homme de 35 ans, d'une santé parfaite, s'était contusionné un doigt. Cette lésion bénigne était en voie de guérir, lorsque huit jours après l'accident le sujet fut pris subitement de douleurs gastralgiques et de gastrorrhagies. La température interne marquait 38°, 2. Puis survint un léger ictère; le dixième jour le malade succombait dans le collapsus.

L'autopsie fit découvrir de nombreux foyers hémorrhagiques sur la muqueuse de l'estomac, qui, en certains points, présentait des saillies bulleuses. Quand on incisait ces bulles, elles s'affaissaient en donnant issue à des gaz. Sur des coupes de la paroi stomacale, l'examen histologique faisait constater, au voisinage de ces bulles, une infiltration cellulaire et de nombreuses bactéries dont la partie moyenne ne s'était point imprégnée de matière colorante.

Pour M. E. Fraenkel, il s'agissait là d'un cas de gastrite emphysémateuse aiguë d'origine mycosique, bacillaire, consécutive au traumatisme bénin qui avait ouvert la marche des accidents. La nature du bacille, qui, dans ce cas a joué le rôle d'agent pathogène, est encore à déterminer.

IV. On connaît aujourd'hui un assez grand nombre de faits démontrant que la dilatation de l'estomac peut engendrer la tetanie. Un auteur allemand, F. Muller (*Charité Annalen*, t. III, p. 273, 1888), publiait naguère 8 faits de ce genre, et en France M. de Beurmann a communiqué l'année dernière, à la Société médicale des hôpitaux (22 mars 1889), un cas de contracture mortelle d'origine gastrique.

L'observation de M. Lœb concerne un homme de 64 ans, qui depuis quelques années souffrait d'une dilatation de l'estomac, survenue à la suite d'un ulcère simple. Certain jour le malade vint en proie à des vomissements violents, au vertige, à des douleurs dans les mollets et dans les muscles masticateurs. Les globes oculaires étaient agités de mouvements convulsifs. Puis le malade a eu un accès de tétanie, de plusieurs heures de durée. Cet accès se renouvela le lendemain; le soir le malade succomba, après avoir présenté les signes d'une faiblesse croissante du cœur. L'urine rendue dans les derniers temps qui ont précédé la mort contenait un peu d'albumine. Ces cas de tetanie qui se développent sous l'influence apparente ou réelle d'une dilatation de l'estomac se distinguent en général par leur pronostic grave; de plus, d'autres muscles que ceux des membres, ceux de la face notamment, participent aux spasmes tétaniques.

Je rappellerai que l'évacuation d'une grande quantité de liquide hors de l'estomac favorise le développement des accès tétaniques, et c'est ainsi qu'on voit les attaques se développer à la suite du lavage de l'estomac, pratiqué d'une façon intempestive.

V. — On admet couramment qu'il existe, chez la femme, un rapport étroit entre les troubles gastriques nerveux et certaines affections des organes génitaux. Chez l'homme, l'existence de rapports de ce genre n'a été affirmée que par quelques auteurs, Lallemand, Tissot, dont les opinions relatives au retentissement de l'appareil génital sur les autres organes sont très contestées. On, en se fondant sur près de 300 faits cliniques, M. A. Peyer soutient qu'il existe réellement, chez l'homme, des troubles gastriques, expression d'une névrose réflexe, ayant leur point de départ dans une affection chronique de l'appareil génital. Cette affection reconnaît souvent pour cause les excès vénériens, la masturbation, le coït incomplet, toutes pratiques qui engendrent une inflammation chronique de la muqueuse de la portion prostatique.

E. Ricklin.

## BIBLIOGRAPHIE

**Emploi de l'électro-aimant dans la chirurgie oculaire,** par le Dr Dubus. — Paris, 1889.

Pour l'extraction des paillettes de fer ou d'acier qui ont pénétré dans l'œil, la méthode de l'électro-aimant est excellente surtout quand elle peut être faite de bonne heure. Si la plaie de pénétration est assez grande, il faut pénétrer par elle, et dans ce cas la grandeur de la blessure vient de la grandeur du corps étranger et même quand on a heureusement extrait celui-ci, le rétablissement de la vision est improbable.

Si la cataracte est très formée et fortement gonflée, on l'a

pérera par le procédé ordinaire. puis on pénétrera avec l'électro-aimant par le lien d'élection pour l'opération de la cataracte. On évitera ainsi deux opérations coup sur coup.

Dans les autres cas, les plus nombreux, on pourra sans crainte faire une incision de 6 à 8 millimètres dans la région de l'équateur de l'œil et dans les espaces intermusculaires.

L'électro-aimant peut aussi servir de moyen de diagnostic.

De la pathogénie des maladies et de la valeur du froid comme élément pathogène, par le Dr Habib-Goraieb. Thèse de Paris, 1889.

La pathogénie des maladies consiste dans un trouble général et complexe de la nutrition cellulaire : les agents infectieux en se nourrissant aux dépens de notre organisme arrivent à nous rendre malades, soit par le fait même de cette nutrition soit par des sécrétions nuisibles qui modifient d'une certaine façon les mutations nutritives. La vie des microbes et le degré de virulence dépendent absolument du milieu où ils se trouvent ; pour tout microbe, il doit y avoir un milieu particulier où il atteint le maximum de son activité.

L'immunité vaccinale et l'évolution régulière des maladies infectieuses résultent probablement d'un changement de milieu c'est-à-dire que si le bacille typhique, par exemple, n'agit plus sur un individu atteint déjà de fièvre typhoïde, ce n'est pas parce que l'organisme a acquis une plus grande force de résistance contre le bacille, mais parce que ce dernier trouvant le milieu nuisible meurt ou cesse de se développer.

Parmi les agents physiques, le froid intervient souvent dans la pathogénie morbide en amenant une viciation nutritive, mais comme cette dernière n'est jamais assez prononcée pour produire à elle seule une maladie dans les cas ordinaires, il n'y a pas de maladies *a frigore* proprement dites. Tôt ou tard on connaitra les vraies causes de celles que l'on attribue au froid aujourd'hui encore. G. L.

Traité de zoologie médicale par Raphael Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire de la Société zoologique de France, etc. 2 vol. in-16° de VIII 808-882 pages illustrées de 1,000 gravures. Paris, J. B. Baillière et fils 1887-1890, 18 francs.

Le livre de M. Raphaël Blanchard est un livre vécu, c'est-à-dire qu'il a été professé avant d'être écrit. L'auteur a suppléé à plusieurs reprises des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, et il a été à même d'apprécier l'effet produit par ses cours sur les nombreux élèves qui les ont suivis.

L'auteur a fait un véritable traité de zoologie et il a fait de la zoologie *médicale* parce que chemin faisant au fur et à mesure qu'il écrivait l'histoire d'un genre, il décrivait aussi les propriétés alimentaires ou nuisibles des animaux, ainsi que leurs produits employés en médecine.

Ce sont des descriptions très complètes qu'il nous donne appuyées sur les documents les plus récents puisés dans la littérature de plusieurs pays (l'auteur nous dit qu'il a lû des monographies et des traités de 10 langues) et aidées de gravures nombreuses qui éclairent le texte et font de ce livre un recueil qui n'a pas en France son équivalent. Dr P.

# BULLETIN

Pneumonie et bains froids. — Dangers de la chloroformisation.

Dans notre précédent Bulletin, nous avons fait ressortir les avantages du bain froid en tant que moyen de stimulation tout puissant dans les maladies à caractère infectieux et à tendance adynamique (rougeole et scarlatine malignes). Comme pour donner raison à nos conclusions, M. Barth vient de faire connaître à son tour les bons effets que l'on peut retirer de cette méthode dans le traitement des pneumonies graves. Il est bien entendu que, sous cette dernière qualification, notre collègue désigne les pneumonies qui se distinguent précisément par les caractères propres aux maladies précitées, c'est-à-dire par la prostration rapide des forces, la sécheresse de la langue, la diminution de la sécrétion urinaire, l'absence de réaction nerveuse. Inutile d'ajouter que l'on doit en exclure les pneumonies *bénignes*, celles qui forment heureusement la majorité. Or, M. Barth a vu que le bain froid amende rapidement ces divers symptômes de malignité ; le pouls se relève et l'adynamie disparaît, modifications qui vont de pair avec la réapparition des urines à leur taux normal. Il a constaté de plus une diminution évidente de la congestion pulmonaire, résultat également désirable en raison de l'asphyxie souvent imminente.

Ce dernier effet n'est pas moins remarquable et nous le signalons expressément parce qu'il vient à l'appui de l'opinion que nous avons précédemment émise touchant l'innocuité du froid appliqué au traitement des maladies qui reconnaissent précisément le refroidissement comme origine habituelle. On s'expliquera cet effet en apparence paradoxal, si l'on veut bien remarquer avec M. Barth, que l'eau froide agit ici comme un moyen de révulsion extrêmement énergique, comparable à l'*urtication* proposée et préconisée par notre grand maître Trousseau. Le relèvement de la tension artérielle, qui suit de près l'application de ce moyen, est la preuve irréfutable de cette action tonique dont le contre-coup se fait sentir immédiatement sur le cœur et sur les sécrétions qui sont liées au maintien de cette même tension. C'est précisément ici qu'apparaît la nécessité de cet examen préalable du cœur et des artères sur lequel M. Barth a insisté avec raison : car l'intégrité de ces parties essentielles de l'arbre circulatoire est la condition *siné qua non* de l'application des bains froids. Ceci revient à dire que l'on devra renoncer à ce puissant agent de révulsion chez les vieillards, les cardiaques et les athéromateux, par crainte de provoquer une réaction dont cœur et artères seraient incapables de supporter les frais. En résumé, en voit que les indications du bain froid se dégagent et se précisent chaque jour avec plus de netteté, au point de n'avoir bientôt plus rien à envier aux médications toniques dont la réputation est le mieux établie. Nous ne pouvons nous empêcher de croire que la conviction des médecins français sera bientôt fixée sur ce point et nous prévoyons dans un avenir prochain le triomphe définitif d'une méthode fort en honneur à l'étranger et dont la vulgarisation n'est retardée chez nous que par une timidité excessive et des scrupules hors de saison.

— L'étude des accidents consécutifs à la chloroformisation est un sujet qui passionne à bon droit le physiologiste et le chirurgien : pour ce dernier surtout, il y a un intérêt majeur à connaître la cause de ces phénomènes redoutables dont l'éventualité plus ou moins probable, mais toujours menaçante,

a rendu aléatoire jusqu'à ce jour l'emploi du plus précieux des anesthésiques. Verrons-nous surgir quelques lumières nouvelles de la discussion académique actuellement engagée sur cette question? On doit l'espérer, car les deux orateurs qui sont intervenus dans le débat, MM. Laborde et Franck, y apportent l'autorité incontestée que leur confèrent leurs travaux antérieurs. M. Franck s'est fait remarquer particulièrement par la clarté et la méthode qu'il a apporté dans l'analyse des phénomènes nerveux dépendant du chloroforme. Il a établi nettement la succession des phases de cette action nerveuse et montre l'importance des excitations réflexes dont le point de départ réside dans l'irritation initiale des voies respiratoires supérieures.

Il a pu ainsi établir, comme conclusion logique et inévitable, l'utilité des moyens propres à diminuer cet effet initial du chloroforme, premier anneau d'une chaîne de réflexes qui peut aboutir à l'arrêt du cœur et à la mort du patient. Puis, il a fait ressortir, l'expérimentation en main, le rôle considérable des altérations du cœur et des poumons, ces dernières surtout, un peu méconnues jusqu'à ce jour. La physiologie est venue apporter ainsi un appui décisif à la clinique, qui avait démontré depuis longtemps l'importance de l'examen préalable du cœur et des poumons, comme formalité préparatoire à la chloroformisation.

A l'avenir, cet examen s'imposera au chirurgien avec plus de sévérité encore que par le passé.

Mais peut-on entrevoir la possibilité d'empêcher cette action suspensive exercée sur le système nerveux et dont les altérations viscérales augmentent encore le danger? Rendons grâce à M. Franck d'avoir dissipé les illusions qui règnent à cet égard. On avait compté sur l'association du chloroforme avec la morphine et avec l'atropine. Or, non seulement il n'y a pas à compter sur cette combinaison, mais il faut la repousser comme insuffisante et dangereuse. Une pareille déclaration n'est guère encourageante, il est vrai, mais elle se dégage formellement des recherches expérimentales que M. Franck a poursuivi avec la plus louable persévérance.

On pourra trouver toutes ces discussions physiologiques un peu subtiles et on sera peut-être tenté de contester la légitimité de leur application sur le terrain de la pratique. Nous estimons, nous, au contraire, que les chirurgiens consciencieux s'efforceront d'en faire leur profit, ne fût-ce que pour diminuer leur responsabilité, déjà si grande aux yeux du public. En pareille matière, il peut suffire d'un cas de mort pour ternir la carrière chirurgicale la plus heureuse jusque-là et la plus brillante. N'eût-elle d'autre effet que d'exagérer la prudence qui seule peut éviter de pareils malheurs, l'intervention des physiologistes dans une question aussi délicate serait encore parfaitement justifiée.

P. MOSELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

LE CHOLÉRA. — Le conseil supérieur de l'hygiène publique a tenu, au Ministère de l'intérieur, sa réunion hebdomadaire.

Le conseil a constaté que, sur aucun point du territoire français, aucun cas de choléra n'avait été signalé, hormis à Cuxac, où un cas s'est produit, d'ailleurs très léger. Toutes les nouvelles contraires sont donc inexactes.

Le conseil a pris, en outre, des mesures de précautions nouvelles.

Les voyageurs qui, à la frontière omettraient de se soumettre à la visite sanitaire ou essaieraient de s'y dérober, seront soumis à des peines prévues par la loi.

D'autre part, sous les mêmes pénalités, les voyageurs munis d'un passeport sanitaire pour une destination déterminée d'après leurs propres déclarations, et qui, pour des raisons de santé ou autres croiront devoir s'arrêter dans une localité différente, devront *immédiatement* faire à la mairie leur déclaration de présence.

L'état sanitaire en France reste bon. On avait annoncé des cas suspects à Toulouse, mais une dépêche de cette ville constate qu'il n'en est rien.

En *Espagne* la situation reste à peu près la même.

On a constaté: à Béniapa, un cas et un décès cholérique; à Enova, quatre cas et deux décès; à Jaraco, un cas suspect; à Lorcba, trois cas; à Gandia et dans les environs, quatre cas et cinq décès.

Aucune nouvelle authentique n'est parvenue au sujet de l'état sanitaire de Vienne et de l'Italie. Les cas de choléra qu'on avait signalés à Naples ont été officiellement démentis(?)

— Un Espagnol, récemment arrivé, a refusé de recevoir le médecin qui, régulièrement, doit visiter tout voyageur venant d'Espagne dans les cinq jours qui suivent son arrivée, et cela sous prétexte que la loi ne le force pas à subir cet examen. Or, il a été décidé que cette obligation avait force de loi et qu'en aucun cas le voyageur ne pouvait s'y soustraire, sous peine de poursuites.

— Le décret désignant la ville de Bordeaux pour être le siège de l'Ecole du service de santé de la marine sera soumis bientôt à la signature du Président de la République, très probablement après la clôture de la session parlementaire. En attendant le ministre de la marine vient de fixer la composition du personnel enseignant de la nouvelle Ecole, qui comprendra un directeur, M. le médecin en chef Brassac; un sous-directeur, M. le médecin principal Cotte; quatre répétiteurs, dont trois médecins de 1re classe et un pharmacien, MM. Coquiard, Vergniaud, Duval et Bourdon. Ces officiers prendront leurs nouvelles fonctions à compter du 1er octobre prochain, mais l'Ecole ne fonctionnera qu'à partir du 1er novembre.

— Hier matin, le Ministre de l'instruction publique a porté devant le conseil des ministres la question de la création d'une Faculté de médecine à Marseille. Aucune décision n'a été prise.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le Dr Auguste Voisin a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 29 juin, à 10 heures du matin et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — A la suite du concours ouvert par le Conseil municipal sur le sujet suivant: « De l'organisation des bureaux de bienfaisance », les prix de 1200 fr. et de 500 fr. ont été décernés à MM. Nielly et Gory, auteurs du mémoire classé en première ligne et à M. Balland, auteur du mémoire numéro 2.

Le Jury avait reçu plus de quarante mémoires.

PHARMACIE. — Vente d'un médicament par un médecin pourvu d'un officine. — Un médecin, domicilié à Saint-Eusèbe (Saône-et-Loire), commune où n'existe pas de pharmacie, jouissait en vertu de l'exception édictée par l'article 27 de la loi de Germinal, du droit de fournir des médicaments à ses malades, il ne se bornait pas à en vendre à ceux qui habitaient sa commune, ainsi qu'à ceux qui venaient le consulter chez

lui des communes voisines, mais encore il en délivrait aux malades demeurant dans une localité voisine, à Montchanin, où se trouve un pharmacien. Ce dernier lui intenta un procès et le tribunal de Châlon-sur-Saône a acquitté le prévenu. Ce jugement est en opposition avec la jurisprudecne suivie jusqu'à ce jour et particulièrement avec un arrêt de la Cour de cassation du 20 janvier 1888.

DAVIEL. — La statue de Daviel sera inaugurée le 10 avril prochain à Evreux.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE. — Le Congrès aura lieu à Birmingham, du 29 juillet au 1er août.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris.* — Clinicat. — Ont été nommé : Chef de clinique médicale, M. Ménétrier; chef de clinique des maladies des enfants, M. Martin de Guimard; chef de clinique adjoint, M Guinon; chef de clinique obstétricale, M. Potocki.

— M. Caussade est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale (Hôpital de la Pitié) en remplacement de M. Guinon, démissionnaire.

*Concours du prosectorat.* — Ont été nommés : MM. Legueu et Regnauld.

***

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Ségalas, chef des travaux pratiques, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, d'un cours complémentaire de physique.

***

*Missions scientifiques.* — M. le Dr E.-J. Moure, est chargé d'une mission en Allemagne, pour établir les questions relatives aux maladies du larynx, des oreilles et du nez.

***

*Hôpital de Tours.* — Un concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Tours s'ouvrira le 15 décembre 1890 à l'hospice général de Tours. S'adresser pour renseignements au bureau de l'économe de l'hospice.

***

*Ecole de médecine de Limoges.* — Par arrêté en date du 23 mai, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

*Ecole de médecine et de pharmacie de Tours.* — Par arrêté en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à cette Ecole, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. — Le registre d'inscriptions sera clos, un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Jeudi 3 juillet, ouverture du concours pour une place de professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Tours.

— Lundi, ouverture du clinicat chirurgical.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Recherches sur les maladies mentales*, par M. Baillarger, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Salpêtrière, 2 vol. in-8°, t. I. XI — 734 pages, avec 3 planches, t. II, 752 pages et 12 planches. Paris, G. Masson, éditeur.

*Les maladies épidémiques dans le Midi.* (Traitement préventif d'après les travaux les plus récents), par le Dr J.-E. Vivant, membre de la Société de médecine pratique de France. Brochure in-8° de 120 pages, 3 francs.

*De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse*, étude critique et statistique par le Dr Gabriel Maurange. Un vol. in-8° de 96 pages. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, à Paris.

*L'hygiène des vieillards*, par le Dr G. André. Un vol. in-18 jésus, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Le nouveau-né* (Physiologie, Allaitement). Maladies les plus fréquentes et leur traitement, par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° de 90 pages, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*La chimie et la pharmacie* à l'Exposition universelle de 1889, par M. A. Nicot, pharmacien de 1re classe, officier d'Académie. Brochure in-8° de 50 pages, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses*, par le Dr G. Hameau, médecin inspecteur des bains de mer d'Arcachon. Brochure in-8° de 50 pages, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*La suggestion*, ses applications à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés, par le Dr Edgar Bérillon, secrétaire général du Congrès de l'hypnotisme. Brochure in-8° de 20 pages, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Hypnotisme* : Grossesse, choréoptisme, acconchement sans souffrance, par le Dr M. Fanton. Une brochure de 56 pages avec une planche hors texte. — Imprimerie générale Achard et Cie, rue Chevalier-Roze, 3 et 5, à Marseille.

*Annales de médecine et de chirurgie*, publiées par le Cercle d'études médicales de Bruxelles, année 1889. Un vol. in-8° de 96 pages. — Henri Lamertin, éditeur-libraire, 33, rue du Marché-au-Bois, à Bruxelles.

*L'immunité par les Leucomaines*, par Eusèbe Güell y Bacigalupi, 2e édit. Un vol. in-8°, 3 fr. 50. — Librairie O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

*Traité d'hygiène publique et privée*, par le Dr Rosenthal, professeur ordinaire de physiologie. Un vol. in-8° de 654 pages avec 109 figures en noir et en couleurs, dont 2 hors texte, 15 francs. — Manceaux, éditeur, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

*Les exercices du corps.* Le développement de la force et de l'adresse, étude scientifique, par E. Couvreur, chef des travaux de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon. Un vol. in-16 de 351 pages avec 78 figures, 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

*De la curabilité de la phtisie pulmonaire et de quelques autres maladies chroniques de la poitrine par l'eau d'une basse température*, par Ernest Aberg. Buenos Ayres, 1890, gr. in-8° de 64 pages, 2 fr. — Librrie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Du transformisme et de la génération spontanée*, étude scientifique et philosophique, par Ch. A. Rohaut, ouvrage précédé d'une préface du professeur Michel Peter. Un vol. in-18 de 184 pages, 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

*Résultats de quatre-vingts opération de cataracte* (Aspect de l'image papillaire un certain temps après l'opération), par le docteur A. Bourgeois (de Reims). in-8° de 24 pages avec tableaux et une planche, 8 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*De la kystectomie dans l'opération de cataracte*, par le docteur A. Bourgeois (de Reims). In-8° de 8 pages avec figures, 50 centimes — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*De la stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique*, par le docteur Bourgeois (de Reims). Br. in-8° de 12 pages avec figures, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Recherches expérimentales de calorimétrie animale* (Mesure de la radiation calorique et des combustions respiratoires, par le docteur C. Sigalas, pharmacien de première classe. Br. in-8 de 75 pages, 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Code-Manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale*, par le docteur Lucien Collin, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Un vol. in-12 de 200 pages, 3 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place l'Odéon.

*Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie*, par le docteur L. Mareau, médecin expert des compagnies d'assurances. Un vol. in-12 cartonné de 450 pages, avec une préface de M. Edouard Vernot, 7 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*Manuel de pathologie interne à l'usage des étudiants et des praticiens*, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège, etc. Un beau volume grand in-8 de 1060 pages, 20 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

*L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*, avec une lettre de M. Monod, par le docteur Henri Napias. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1890.

*La dernière maladie de Gabriel Honoré Riquetti comte de Mirabeau* (1789-1791), d'après le journal de Cabanis, son médecin (Paris 1791), par Henry Duchenne. — Tours, Deslis frères, imprimeurs-éditeurs, 1890.

*Lymphatiques des organes génitaux de la femme*, par le docteur P. Poirier, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. — Paris, Lecrosnier et Babé et aux bureaux du Progrès médical, 1890.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 22 AU 28 JUIN 1890.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 61. — Scarlatine 12. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 33. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 149. — Autres tuberculoses, 29 — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 2. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchite chronique, 28. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 13. — Biberon 46. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 15. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 137. — Causes inconnues, 6 — Total : 865

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e ANNÉE. 7e SÉRIE. TOME VII — N° 28 — 12 JUILLET 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE

### DE LA CRANIECTOMIE DANS LA MICROCÉPHALIE

(*Communication à l'Académie des sciences*)
Par M. le Pr LANNELONGUE.

Je ne veux invoquer, au début de ce travail, aucune raison théorique pour justifier une opération qui a été suivie des plus heureux effets. Il me paraît préférable de faire connaître tout d'abord l'état du jeune sujet chez qui la tentative a en lieu le 9 mai 1890.

C'est une petite fille de 4 ans, offrant les déformations craniennes et les signes de la microcéphalie sous sa forme grave. Elle est née à terme, sans accident, d'un père de 38 ans et d'une mère de 35, tous deux exempts de défectuosités physiques et jouissant d'une bonne santé. On ne trouve donc aucune influence héréditaire pour expliquer l'état de cette fillette, qui a cinq frères ou sœurs tous bien portants. La mère raconte que sa fille a toujours été en retard. Jusqu'à 3 ans, elle n'a pris que des aliments liquides ; elle n'a jamais marché et ne se tient pas même debout. Depuis quelques semaines seulement on lui fait balbutier quelques syllabes, toujours les mêmes. La salive s'écoule hors de la bouche, comme chez le nouveau-né.

Les apparences sont celles d'un enfant de 2 ans, imparfaitement développé : elle est petite, chétive, et quoique ses yeux soient brillants et très mobiles, elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle et l'on ne parvient pas à captiver son attention. Dans son lit elle pousse continuellement des cris inarticulés et balbutie les mêmes monosyllabes en s'agitant sans cesse et sans but.

Le corps entier est grêle dans toutes les dimensions : taille 77 cent. ; circonférence du thorax 45 cent. au niveau des mamelons ; charpente osseuse des membres mince, extrémités longues et grêles.

L'enfant, mise debout, tombe immédiatement et de tout son poids lorsqu'on cesse de la maintenir : on ne parvient pas à la faire marcher même en la soutenant par les bras, mais les membres inférieurs exécutent alors des mouvements désordonnés, toujours dans le même sens. Il n'y a, en effet, aucun déplacement antéro-postérieur du tronc ; l'enfant, soutenue, lève et abaisse alternativement les jambes avec une extrême rapidité et en piétinant sur place.

On ne constate ni contractures, ni paralysies, ni trépidation épileptoïde ; la sensibilité générale paraît normale ; les réflexes ne sont pas augmentés.

La tête, d'un très petit volume, présente une déformation remarquable. Le crâne est étroit, très aplati transversalement, saillant au contraire sur le vertex : c'est le type du genre scaphoïdien.

La face, amincie en travers, présente un prognathisme assez accusé ; le nez est développé et aquilin ; le front, fuyant, est très étroit. De tous les diamètres craniens, un seul se rappro-

## FEUILLETON

### REVUE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE

(Suite et fin. Voir les numéros 2, 8, 13, 22 et 27.

IX. — AUGUSTE COMTE (1798-1857).

Avec Pinel, nous venons de pénétrer dans cette Revue jusqu'au XIXe siècle. Nous ne nous attarderons pas sur les deux noms qui solliciteraient maintenant notre attention. Le premier d'ailleurs ne saurait nous retenir, car il ne s'agit pas d'un confrère, bien que la thèse du Dr Alexandre Colas ait pour titre : *Auguste Comte médecin* (1). Il y est plutôt question d'appréciations philosophiques que de recherches biographiques. Et cependant les péripéties de la vie tourmentée d'Auguste Comte ont joué un grand rôle dans la constitution du système dit *positiviste*. De doctrine purement scientifique au début, l'œuvre d'Auguste Comte a fini par aspirer à devenir une religion. Cette transformation qui succéda à des troubles cérébraux chez Auguste Comte, occasionna un véritable schisme parmi ses disciples : les uns, Littré en tête, ne voulurent rester que philosophes positivistes, d'autres, plus zélés, parmi lesquels je ne citerai que le Dr Robinet qui est mort fidèle à son maître, et le Dr Audiffrent, devinrent les apôtres d'une religion nouvelle qui se présentait armée de toutes pièces, célébrant des cérémonies d'un nouveau genre dans une chapelle spéciale, une toute petite chapelle.

Cette religion avait même son calendrier (1) où le mois de Moïse et celui d'Alexandre se rencontrent à côté du mois de Bichat ou du mois d'Archimède. Il a fallu attendre jusqu'à la fin de 1889, pour trouver un gouvernement qui adoptât ce bizarre calendrier. Mais l'empire du Brésil ayant fait place aux Etats Unis de l'Amérique du Sud, les pilotes du nouveau régime ont aussitôt, en gens très progressistes, décrété l'adoption de l'almanach positiviste. Ils n'ont sans doute pas pris garde qu'Auguste Comte était allé plus loin que la confection d'un calendrier. Il prétendait aussi que les

(1) Paris. L. Girod, imprimeur, 1889.

(1) Quand à l'Ère nouvelle elle est la même que l'Ère républicaine.

che de l'état normal, c'est l'occipito-frontal, qui mesure 155m. Les autres, très amoindris, atteignent : le bi-pariétal, 119 mm ; le bi-auriculaire, 105 mm : le bi-frontal, 86 mm.

Telle est la fillette, vrai type de microcéphalie avec idiotie, confiée à mes soins. Je n'eusse certainement pas songé à nne intervention quelconque, si je n'avais pas fait précédemment l'autopsie d'un cas semblable, provenant du service de mon collègue M. Legroux. Mais, avant d'en parler, qu'il me soit permis de rappeler les courants d'opinion qui existent actuellement sur cette question obscure de la microcéphalie.

Il existe trois théories principales : la première, celle de l'ossification prématurée des sutures, défendue par Virchow, perd du terrain chaque jour et semble même abandonnée en ce qu'elle a d'absolu. La seconde admet que chez le microcéphale le cerveau est normal, mais réduit dans sa forme, son volume et toutes ses dimensions ; les circonvolutions sont moins saillantes et plus simples, leurs intervalles agrandis, etc. C'est l'opinion de C. Vogt (1) et les faits de Baillarger, Broca (2), Ducatte (3), Bourneville (4), etc. sont ses appuis les plus solides.

Cependant des recherches en cours d'élaboration donnent plus de crédit à une troisième opinion, qui consiste à envisager la microcéphalie comme un état morbide du cerveau. L'encéphale présenterait des altérations pathologiques d'origine embryonnaire ou fœtale combinées souvent avec des altérations du crâne. Bourneville (5), Hill (6), Hutchinson (2) en ont rapporté des exemples frappants.

Tel était aussi le cas de l'enfant dont j'ai fait l'autopsie ; à côté d'altérations cérébrales manifestes, on trouvait un crâne épais et des hyperostoses irrégulières, en même temps que les sutures de la voûte étaient très serrées (1).

Dans ces conditions, j'ai pensé qu'on pouvait peut-être modifier une évolution cérébrale compromise on retardée, et chercher à lui donner un nouvel essor en affaiblissant la résistance du crâne, principalement dans la région du cerveau où se trouvent les centres qui exercent la plus grande influence sur la vie de relation.

Les résultats obtenus sont assez significatifs dès à présent pour qu'il soit utile de les divulguer, ainsi que le procédé opératoire suivi.

Le crâne a été ouvert, non pas comme dans les trépanations ordinaires, mais dans un lieu d'élection spécial, le long de la suture sagittale, avec possibilité de prolonger le débridement cranien le long des sutures voisines, au delà même de la suture frontale, opération qui a été faite depuis. Je pratiquai donc, à un travers de doigt de la ligne médiane, une longue et étroite incision cranienne, parallèle à la suture occipitale. En un mot, je fis au côté gauche du crâne, qui était d'ailleurs notablement plus déprimé que le droit, une perte de substance longue de 9 cent. et large de 6 mm. La dure-mère ne fut point intéressée, la plaie superficielle fut réunie sans drainage, et la cicatrisation eut lieu par première intention.

Cette craniectomie a été pratiquée le 9 mai, et, le 15 juin, on a constaté des résultats que je me suis refusé à consigner moi-même, laissant ce soin à mon interne, M. Dupré ; les élèves du service et des médecins français et étrangers ont pu et peuvent encore les contrôler.

L'état de Valentine Plossard a beaucoup changé et s'est très notablement amélioré depuis l'opération. L'enfant est beaucoup plus calme, les cris presque incessants qu'elle poussait ont cessé dès le lendemain. Elle paraît s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, joue, rit, et semble très heureuse qu'on s'occupe d'elle. Elle comprend, essaye de parler et prononce quelques mots. Elle se tient debout, toute seule, sans qu'on la soutienne. Elle ne piétine plus sur place, elle marche et fait des pas très réguliers, en titubant un peu quand elle se presse, comme tous les enfants qui commencent à marcher. A ce point de vue surtout, les progrès sont réels et l'amélioration indiscutable.

(1) C. Vogt. Mémoire sur les Microcéphales ou Hommes singes. Genève, Bâle, 1867.

(2) P. Broca. Sur un cas excessif de microcéphalie (*Bull. de la Soc. anthropologique*, Paris, 1876, 2ᵉ série, t. XI, p. 85) et sur un microcéphale âgé de 2 ans 1/2 (Ibid. 1880, 3ᵉ série, t. III, p. 387.

(3) Ducatte. La microcéphalie au point de vue de l'atavisme (Thèse). Paris, 1886.

(4) Bourneville et Wuillaumié. Note sur deux cas de microcéphalie (*Bull. soc. anat.*, 4ᵉ série, t. VI, p. 756 ; 1881.

(5) Bourneville. *Bull. Soc. anat.*, 4ᵉ série, t. VI, 1881.

(6) Hill. The anatomy of hydromicrocephalous brain (*Journal anat. and phys.*, t. XIX, p. 363). London, 1884-85.

(7) Hutchinson. *Brit. medic. Journal*, t. I, p. 1018. London, 1886.

(1) Ce crâne, qui appartient à la collection de M. Lannelongue, est mis sous les yeux des membres de l'Académie.

---

révolutions politiques sont la cause du choléra. Il a même décrit la *Maladie de l'anarchie*, maladie qui résulterait d'un trouble cérébral devenu très fréquent dans les Sociétés modernes (1).

Le travail de M. A. Colas est donc intéressant quand même, sinon pour le biographe au moins pour le philosophe.

X. — Amédée Dechambre (1812-1886).

Mais voici que le Dʳ Ant. Ritti nous attire par son éloge du Dʳ A. Dechambre (2).

Venant après le Dʳ Lereboullet, M. Ritti a cependant trouvé le moyen d'être intéressant et instructif. La biographie du vénérable et vénéré directeur du Grand Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales en 100 volumes, mérite en effet d'être proposée en exemple. Dechambre n'a-t-il pas été le modèle du travailleur acharné, honnête, bienveillant? Cet éloge sagement pensé, correctement écrit, d'un médecin qui a si bien défini les droits et tracé les devoirs du vrai médecin fait honneur à M. A. Ritti.

Bien que remplissant cinq pages entières, l'énumération des travaux de Dechambre est probablement incomplète. Mais n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un éloge académique, plutôt que d'une biographie en règle.

Une biographie en règle ! Mais c'est chose si rare ! Espérons cependant que les amateurs trouveront bientôt satisfaction. La veuve du regretté doyen de la Faculté de Montpellier, de Bouisson, qui ne fut pas seulement chirurgien remarquable, mais qui fut aussi un des plus fins lettrés de notre profession (en oubliant son titre de député) a, en effet, fondé un prix destiné à couronner le meilleur travail biographique sur la vie de son mari.

Puisse un imposant travail répondre à cet appel !

XI. — Les médecins normands du xııᵉ au xıxᵉ siècle

Je croyais en avoir fini avec cette *Revue Médico-Biographique* lorsque m'est arrivé un beau volume sur les médecins normands

(1) Dʳ A. Colas, p. 71.

(2) Éloge lu à la séance publique annuelle de la *Société médico-psychologique*. Paris, 1890, in-8. O. Doin, éditeur.

cuiable. Enfin elle ne bave plus, ses excrétions nasales sont normales.

En somme, les phénomènes d'excitation cérébrale caractérisés par les cris incessants et par la trépidation des membres inférieurs dans la station verticale, l'enfant étant soutenue, ont complètement disparu. Le développement de l'intelligence paraît se faire progressivement et, en tenant compte de l'éducation qu'elle reçoit dans la salle, il est incontestable qu'elle a fait des progrès rapides et réels depuis l'opération. Aujourd'hui, elle mange à table. L'état local est parfait, la cicatrice est mobile et non adhérente. On sent en dehors d'elle une dépression linéaire peu profonde et étroite correspondant à la perte de substance de la boîte cranienne.

On doit remarquer que, quelle que soit l'influence exercée par l'acte opératoire, une part de l'amélioration doit être attribuée à l'éducation de l'enfant. C'est la seconde partie et le complément nécessaire du traitement.

## REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. — De la perte de poids que subissent les cadavres dans l'air atmosphérique. — II. De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. — III. La déclaration des causes du décès et des maladies épidémiques. — IV. De la mort apparente des nouveaux-nés. — V. De l'hérédité des gynécomastes.

I. — Les cadavres, quels qu'ils soient et quelles que soient les conditions extérieures, perdent, nul ne l'ignore, dans l'atmosphère, une partie plus ou moins appréciable de leur poids; il en est de même des viscères isolés. Mais les pertes sont beaucoup plus considérables, relativement pour le nouveau-né et le fœtus que pour l'adulte. La moyenne générale par kilogramme et par jour (sans parler, bien entendu, des sujets mis à l'étuve), est, d'après les recherches de M. Dupont (1), de 6 gr. 70.

Les pertes de poids étant dues à l'évaporation, la déperdition est plus marquée durant les premiers jours qui suivent la mort; la moyenne, toujours par jour et par kilogramme, atteint alors 10 gr. 19; elle va jusqu'à plus de 18 gr. pour les premières vingt-quatre heures.

La putréfaction lorsqu'elle est avancée, active manifestement la perte journalière. Le renouvellement incessant et rapide de l'air ambiant produit certainement un effet analogue.

D'une façon générale, les pertes sont soumises aux lois générales de l'évaporation; cependant les expériences faites par M. Dupont montrent que la congélation, dans les appareils employés à la Morgue, est accompagnée de pertes notables, quelquefois même très considérables. Il est vrai qu'à celles-ci succède une période de déperdition minima et même quelquefois nulle.

Il existe en outre dans des conditions extérieures identiques, les conditions intrinsèques (âge, poids, conservation) restant analogues et tout à fait comparables, des différences individuelles qui ne peuvent être attribuées qu'à la constitution même des tissus du sujet.

II. — Suivant M. Lamare (1), la rupture spontanée du cordon ombilical est fréquente dans les attitudes anormales de la femme, mais elle est rare, quoique possible, quand la femme est couchée sur le dos.

La ténacité du cordon, c'est-à-dire la limite de la résistance qu'il oppose à la rupture, est infiniment variable : sa fragilité, comme sa résistance, peuvent être extrêmes. Un cordon vivant (injecté, imbibé et chaud) est moins résistant qu'un cordon mort M. Lamare démontre qu'un cordon vivant se laisse rompre par la tension d'un poids de 2 à 3 kilos, nombre inférieur au poids moyen d'un enfant à terme. Pour que le cordon cède à la traction brusque opérée par la chute d'un poids d'une hauteur de 25 centimètres, il suffit d'un poids de 1 à 2 kilogrammes. Malgré l'opinion contraire de Tardieu, M. Lamare affirme que l'enfant peut être chassé hors des parties maternelles comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts, et que la contraction utérine est suffisante pour chasser seule le fœtus et amener la rupture du cordon. Il en est de même de la poussée volontaire de la femme. Bien plus, les mouvements du fœtus, au dedans ou au dehors de la matrice, peuvent rompre le cordon; mais la brièveté non plus que l'épaisseur ne semblent pas en favoriser directement la rupture. Les spirales et les anomalies vasculaires du cordon sont les points faibles où il se rompt le plus souvent. Un seul choc peut d'ailleurs produire plusieurs déchirures à un cordon.

(1) Thèse de Paris. Angers, Henri Briand, 1889.

(1) Thèse de Paris, imp. A. Davy, 1888, 143 pages.

...u XVI° au XIX° siècle. Ce livre n'est que le premier tome d'une ...érie, puisqu'il n'y est question que des médecins nés dans cette partie de la Normandie qui forme la Seine-inférieure. L'auteur n'est autre que M. Jules Roger qui a déjà écrit cette vie de Pecquet dont nous avons fait le sujet d'un précédent chapitre de notre *Revue* (2).

Le département de la Seine-Inférieure présentait d'ailleurs à un chercheur une belle moisson de noms illustres ou méritants. Aussi M. Jules Roger nous donne-t-il dans son livre 121 biographies.

L'intérêt n'est pas toujours égal. Quelques lignes seulement suffisent pour certains médecins anciens ou d'un petit éclat.

En revanche, les noms de Gui de La Brosse, de Jean Pecquet, de ...émery, de Leroy, de Ducrotay de Blainville, de Blanche, de Pierre de Boismont, de Pouchet, de Paul Guersent, de Leudet, de ...oville, sans compter tant d'autres un peu moins brillants, attirent plus vivement l'attention. Les notices sont consciencieusement écrites. L'auteur est un croyant zélé et ne s'en cache pas. Il nous en prévient dès le début. Ajoutons que dans une note de l'*Ante-Scriptum* il dit : « Si, dans le cours de ce travail, je relève avec soin les pensées, les actes qui indiquent dans leur auteur des sentiments de foi sincère, je ne prends pas moins en haute et profonde estime pour leur honorabilité et leur savoir, ceux qui n'ont pas donné lieu à de telles remarques. Je garde le silence sur des faits et des opinions dont Dieu seul est juge, et dont je n'ai point ici à faire la critique; je loue les uns, que Dieu me garde de blâmer les autres. » Et de fait M. Roger se montre impartial (voir la notice sur Félix-Arhimède Pouchet, l'hétérogéniste).

Bien que l'auteur nous dise qu'il n'a pas visé à l'*art*, à l'*applaudissement*, nous ne saurions nous empêcher de louer la belle exécution typographique du volume (1).

« Ce livre est surtout une action, un apostolat par l'exemple ». Nous souhaitons vivement que M. J. Roger ait beaucoup de disciples, et que l'exemple soit suivi.

(1) Paris, 1890. G. Steinheil, éditeur. Un volume grand-in-8 de 372 p.
(2) Le cinquième chapitre (Voir la *Gazette médicale* du 29 mars, p. 145.

(1) Il est orné de 5 portraits (Vingtrinier, Maire, Brierre de Boismont, Pouchet et Leudet) et de la reproduction du sceau du Collège des médecins de Rouen.

Le siège de la rupture spontanée affecte le sixième ou le septième terminal et bien plus souvent l'extrémité fœtale que la placentaire. La surface de rupture par arrachement est en biseau, irrégulière, que l'expulsion ait été rapide ou non. Les hémorrhagies du cordon attaché et non lié sont exceptionnelles. Les accouchements précipités sont, plus souvent que les accouchements ordinaires, suivis de lésions des parties molles de la mère, d'hémorrhagie utérine et de syncope. La chute du fœtus peut entraîner des lésions du crâne et la mort; mais cela est rare. Enfin, d'après l'auteur, la chute du fœtus dans les latrines est possible.

III. — On sait que le Comité consultatif d'hygiène publique de France invité par le Ministre du Commerce et de l'Industrie à s'occuper de la double question concernant la *déclaration des causes de décès, et des moyens de la rendre compatible avec le secret professionnel;* et la *déclaration obligatoire des maladies épidémiques*, a émis le double vœu : « 1° que le médecin appelé auprès d'un malade atteint de certaines maladies fût tenu d'en faire la déclaration; 2° qu'une statistique des causes de décès, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France, d'après le système adopté par l'Académie de médecine, par la Ville de Paris et par l'Association générale des médecins de France. »

D'après M. le professeur Jaumes, de Montpellier (1), si l'on veut conserver à la mission du praticien sa dignité, à son action une réelle et sérieuse efficacité, il faut que le malade, les familles, puissent continuer à considérer ce praticien comme leur appartenant exclusivement et sans partage, sans réticences, sans arrière-pensée; il faut que les malades, les familles, n'aient aucun motif, d'aucune espèce de voir en lui sous quel prétexte que ce soit, dans quelle circonstance, à quelque degré que ce soit, un agent de l'autorité.

Cependant, la Société a le droit de se préserver. Aussi, M. Jaumes est-il d'avis qu'elle ait ses médecins à elle, dont le devoir, hautement avoué, sera, une fois admis dans l'intérieur des maisons, de regarder, de fouiller, d'écouter de leur mieux et de répéter à qui de droit tout ce qu'ils auront surpris, vu et entendu.

(1) *Montpellier médical*, t. XII, 1889, brochure in-8 de 28 pages. Montpellier, Charles Boehm.

Et l'auteur ajoute :

« Je ne me préoccupe, cela va sans dire, que du côté m[...]dical du problème. Si l'on m'objectait que la Société ne se re[...]connaît pas le pouvoir de forcer la chambre du malade, [...] répondrais que, en contraignant le praticien à dénoncer ce qui s'y passe, elle lui infligerait un rôle qui ne lui convien[t] pas, et qu'elle-même ne serait pas longtemps à regretter d[e] l'avoir fait. »

IV. — La mort apparente des nouveau-nés qui est toujour[s] due à une asphyxie, présente, d'après M. François Mory (1) deux formes, l'une légère et l'autre grave.

Il ne faut jamais abandonner un nouveau-né qui ne respir[e] pas et dont on ne peut entendre les battements du cœur. Che[z] l'enfant qui vient de naître, la vie est compatible avec le ma[n]que de respiration et l'arrêt ou tout au moins la non percep[]tibilité des battements du cœur pendant un temps assez long mais indéterminé.

Les excitants cutanés et spécialement les bains chauds so[nt] généralement suffisants dans le premier degré.

Dans le deuxième, il faut avoir recours, sans tarder, à la respiration artificielle. D'après M. Mory, l'insufflation pulmo[]naire avec le tube laryngien de Ribemont est la meilleur[e] méthode pour la pratiquer.

V. — M. Emile Laurent qui avait déjà abordé la questio[n] des gynécomastes (2), la reprend à l'occasion de quatre fai[ts] nouveaux (3) et de cette double étude il conclut que toutes le[s] causes de dégénérescence peuvent être des causes de gynéco[]mastie. En tête marchent la folie, l'épilepsie, l'hystérie, le[s] névroses, l'alcoolisme, et en seconde ligne, la tuberculose, l[a] scrofule, l'obésité.

Ainsi donc, de par son hérédité, le gynécomaste est un dég[é]néré, et il emporte en lui les stigmates physiques et psychique[s]. Au point de vue physique, c'est un être aux formes indécis[es] d'éphèbe, aux hanches élargies, à la voix grêle et éraillé[e,] aux aptitudes génitales languissantes. Au point de vue psy[]chique, c'est quelquefois un détraqué, plus souvent un débi[le,] un être dont l'esprit manque d'harmonie comme le corps.

(*A suivre.*) Dr P. F.

(1) Thèse de Paris, Henri Jouve, imprimeur.
(2) Dans sa thèse de doctorat. Paris 1888.
(3) Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Juillet 1890.

Puisse l'auteur ne pas trop nous faire attendre les deux volumes qu'il nous promet pour compléter cette Biographie de l'élite des médecins normands. (Le Calvados avec 114 noms doit faire l'objet du deuxième volume, et dans un troisième doivent être réunis la Manche, l'Orne et l'Eure, fournissant ensemble 139 noms.)

Avec nos vœux, nous adressons donc nos encouragements à M. J. Roger.

Mais s'il nous était permis de lui donner un conseil, nous l'engagerions à éviter certaines phrases qui indiquent des préoccupations étrangères à une biographie et surtout à une bibliographie (1). Plus que l'historien peut-être, le biographe est tenu à une sérénité imperturbable. Les allusions aux hommes et aux événements d'aujourd'hui, si justifiées soient-elles, nous paraisse[nt] déplacées sous sa plume. La biographie ne doit pas ressembler [à] un article de journal ; — la polémique, la satire sont des genres [à] part. — Un biographe doit peindre son héros, retracer les évène[]ments qui ont rempli sa vie, montrer son caractère, raconter s[es] actes, exposer ses travaux, indiquer même ses qualités et s[es] défauts. Il appartiendra au lecteur de conclure. M. Roger a d'ai[l]leurs dans presque tous ses portraits, trop bien compris son rôl[e] pour que nous ne puissions espérer que ses prochains volume[s] ne présenteront plus d'exception.

Dr ALBERTUS.

(1) Exemple : Dans la biographie du conventionnel Hardy qui s'éleva contre l'agiotage et voulut « faire rendre gorge aux agioteurs », M. Roger ajoute : « Toutes les républiques en France se ressemblent. » Plus loin, à la fin du même article, il nous dit : « on chercherait en vain les convictions d'un tel homme. C'est un type qui abonde parmi nos législateurs modernes. »

# MEDECINE

## ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

(*Suite*) (1)

### II

### Exposé critique des observations.

Pour répondre au titre de cysticerques en grappe, les observations doivent être assez explicites pour qu'à leur lecture on puisse rejeter l'hypothèse d'échinocoque et même de cœnure cérébral et, en second lieu, pour qu'il ne soit pas permis de douter un seul moment de la réalité des diverticulums vésiculaires. Cette dernière condition n'est pas remplie par le sixième cas du mémoire de Zenker.

Il s'agit, en effet, d'un homme de 41 ans, mort à la suite d'une fracture du crâne, et à l'autopsie duquel on remarquait cinq kystes cérébraux, dont le plus grand, situé du côté interne de l'hémisphère gauche, à quatre centimètres de la pointe du lobe frontal, était jaunâtre, transparent, gros comme une cerise. Dans la fosse de Sylvius gauche, on voyait un kyste plus petit. Les trois autres couvraient la base du lobe antérieur gauche. Ils s'enlevaient sans entraîner la substance nerveuse ou méningée. On avait probablement affaire à des cysticerques.

Zenker qui tenait ces faits de Renter, médecin légiste à Nüremberg, ignore si les kystes adhéraient les uns aux autres par un pédicule. Il se croit toutefois autorisé à conclure au cysticerque en grappe à cause de la position réciproque de ces kystes. Cette remarque n'entraîne pas la conviction.

Par contre, nous souscrivons à l'ostracisme dont Zenker frappe un cas, cité par Virchow, d'hydatides grosses comme des noix, trouvées dans la moelle allongée d'un cadavre (2); un cas de Dupuytren (3) où l'on trouve à l'autopsie d'un tisserand de 32 ans, atteint d'hémiatrophie gauche de la langue, vers la base du cervelet, un assez grand nombre d'hydatides libres dont l'une, placée sur le trou condylien antérieur, avait comprimé le nerf grand hypoglosse. Le foie contenait un grand nombre d'acéphalocystes semblables. C'étaient probablement des échinocoques.

De même, voyons-nous rejeter à juste titre, le cas de Forget (4), dans lequel on ne saurait voir qu'il est question de la forme des hydatides, ainsi que le cas de Calmeil. Ce dernier donne cependant, dans son article Encéphale du dictionnaire en 30 volumes (Paris, 1835), une observation probante de Lonis que nous reproduirons plus loin.

Après avoir laissé planer le doute sur les faits précédents, abordons l'étude de ceux qui nous paraissent en grande partie irréfutables. Nous commencerons par ceux que rapporte Zenker, marquant ainsi l'importance que présente à nos yeux le mémoire de cet auteur.

(1) Voir le numéro précédent.
(2) Zenker. Loc. cit., p. 8.
(3) Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale, 2e édit. Paris, 1839. T. I, p. 479, t. II, p. 178.
(4) Forget. Hydatides intracrâniennes. Gaz. méd. 1846: C'est à tort que M. Raphaël Blanchard attribue à Forget une observation de cysticerques en grappe.

Obs. 1. (1871) Zenker (1). — Thomas B., boulanger à Erlangen, 47 ans, marié depuis 15 ans. Dix-sept ans avant sa mort, début d'une série d'attaques épileptiformes, d'abord assez rares, bientôt plus fréquentes. Simultanément, céphalalgie, altération du caractère (excitabilité, mécontentement). Le 31 octobre 1870, pendant la messe, perte de connaissance nécessitant le transport du malade chez lui. Il se remit de cette attaque, mais souffrit, depuis lors, de maux de têtes violents. Pas d'autres douleurs. Aucun trouble visuel. Alors qu'il commençait à présenter des attaques épileptiformes, le Dr de l'arrondissement, M. Wollner, lui fit rendre un tænia. En 1853, le malade avait tué un cochon qui était ladre, mais qui fut néanmoins mangé.

La mort survint subitement, le 21 mars 1871. Le professeur Wintrich soignait aussi le malade et, sur sa demande, l'autopsie fut pratiquée par Arnold Helier.

Résultats de l'autopsie. — *Cyticerques libres, en forme de grappe, à la base du cerveau. Cysticerques enkystés dans la substance cérébrale. Hydrocéphalie interne. Hypérostose et sclérose de la voûte. Congestion intense des poumons, du foie, de la rate et des reins qui étaient en fer à cheval. Oxyures vermiculaires.*

Des résultats de l'autopsie nous ne détaillerons que ce qui est relatif à la cavité crânienne. La surface des deux hémisphères cérébraux est fortement aplatie. Méninges assez peu injectées, très sèches. Substance cérébrale médiocrement congestionnée, de consistance normale, facilement détachable des méninges. Ventricules latéraux distendus par une sérosité abondante, très dilatés vers les cornes postérieures. La masse cérébrale formait une couche mince au-dessus des ventricules. En enlevant le cerveau, on vit le Pont de Varole tapissé de vésicules remplies d'un liquide clair, à parois très minces, qui se déchiraient en partie. L'arachnoïde, du Pont de Varole au chiasma, surtout du côté droit, fortement épaissie, de couleur jaune sale, constituait une membrane très solide et difficile à déchirer. En quelques endroits, elle offrait des interstices par lesquels les vésicules faisaient saillie librement. L'examen de ces vésicules montre ce qui suit :

Elles consistent en une membrane fermée de toutes parts, très tendre, transparente, hyaline et lisse qui, par endroit, présente des linéaments très fins, blancs, ternes. Le liquide, analogue à de l'eau claire, ne précipite pas par l'acide nitrique. Leur forme est allongée et très compliquée pour la plupart. Ce sont des vésicules longues, plus grosses ici, plus minces là, criblées de bosselures en partie petites comme des grains de semoule, en partie beaucoup plus grosses, en partie pédiculées, en partie formant des grappes grâce à leurs saillies secondaires. On compte cinq de ces vésicules. Généralement, elles jouissent de leur pleine liberté sous l'arachnoïde ; quelques-unes cependant se terminent par un pédicule mince, comme effilé, qui, sur un point grand comme une tête d'épingle, adhère à la pie-mère par un magma jaunâtre, pâteux, friable. Les vésicules occupent la plus grande partie de la face inférieure du Pont de Varole, couvrent entièrement le tronc basilaire et s'avancent jusque sous les communiquantes postérieures. L'une d'elles, du côté droit, se termine par un pédicule mince, implanté au-devant de l'origine du trijumeau droit, dans une excavation profonde de 0,007 millimètres, infundibuliforme et limitée par la pie-mère. Le kyste le plus long, tout à fait en forme de grappe, commence à la partie postérieure du Pont de Varole, s'avance de là jusqu'à l'artère communiquante postérieure gauche, contourne le pédoncule cérébral gauche et pénètre, par la grande fente transversale du cerveau, dans le ventricule latéral gauche où il finit en cul-de-sac. Il a, en ce point, pour voisin, une vésicule qui, couverte par la toile choroïdienne, s'étend vers la partie postérieure du troisième ventricule. La toile choroïdienne elle-même, surtout dans sa moitié gauche, est énormément épaissie,

(1) Zenker. Loc. cit., fig. 1.

très dure, jaunâtre, terne, et soudée intimement aux corps genouillés à l'aide d'un petit renflement dans lequel on ne peut démontrer la présence d'un cysticerque. Dans la substance grise du corps strié gauche se trouve une vésicule petite, ratatinée, fortement adhérente à une ramification artérielle. A la base du lobe antérieur du cerveau, une vésicule de la grandeur d'une cerise, transparente à travers la pie-mère, et qui se compose d'un cysticerque enveloppé d'une membrane tendre, plissée irrégulièrement, un peu brunâtre, munie d'une tête que l'on voit clairement. Une autre vésicule kystique régulièrement ovale, également munie d'une tête, vers le lobe postérieur gauche à la surface duquel se voient quelques cysticerques ratatinés. Dans les fosses sylviennes dont les feuillets pie-mériens sont soudés ensemble, également quelques kystes. A droite, à côté d'une petite nodosité, un kyste irrégulièrement ovale à parois épaisses et dures, de dix à quatorze millimètres de diamètre, tapissé par une membrane fortement plissée, garnie par endroits d'une couche jaunâtre et friable; à gauche, il n'y a qu'un petit kyste.

La moelle allongée est tuméfiée et flasque.

Dans les vésicules en forme de grappe de la base du cerveau, on ne put pas trouver une tête de tænia Mais les cysticerques englobés dans la substance cérébrale plaidaient pour la nature parasitaire. Dans les autres organes, dans les muscles, par exemple, point de cysticerques.

Dans la plupart de ces cas, Virchow a vu à côté des hydatides en grappe, un cysticerque indubitable dans la substance nerveuse. Mais ce n'était pas là une preuve irréfutable. Tout doute fut levé lorsque, examinant au microscope la paroi vésiculaire, je constatai les ondulations régulières de sa face externe décrites par Virchow et que je savais depuis longtemps appartenir en propre à la vésicule caudale des cysticerques. Je m'appuyai là-dessus pour formuler à l'autopsie, le diagnostic de *cysticerques en grappe*. Un second cas vint bientôt nous prouver la justesse de cette appellation.

Obs. II (1871) Zenker (1). — En octobre 1871, le Dr Bruglocher, de Schwalbach, envoya à notre institut un kyste qu'il avait trouvé par hasard à la base du cerveau en faisant une autopsie.

Jacques St..., 63 ans, compagnon meunier, plus tard, réparateur de moulins. Bonne santé antérieure. Depuis plusieurs années, il a dû cesser de travailler, par suite de maux d'estomac et de douleurs le long de la colonne vertébrale. Sa sœur qui nous fournissait ces renseignements ne se souvenait pas qu'il eût eu le tænia. Peu de temps avant sa mort, il fut reçu à l'hôpital de Schwalbach. On ne remarque pas de troubles cérébraux. Le protocole de l'autopsie pratiquée par M. Bruglocher attribue la mort à une pneumonie.

Emphysème des deux poumons. Pas de tænia dans l'intestin. Pas de kystes à l'exception de celui qui a été trouvé à la base du cerveau et sur lequel M. Bruglocher nous fournit les renseignements suivants :

Il était libre au niveau du Pont de Varole et du chiasma ; c'est à peine si une couche de tissu cellulaire lâche le rattachait à l'arachnoïde ; aussi, l'énucléation en fut-elle facile avec le plat du couteau et sans ouvrir le sac arachnoïdal. Le liquide qui le gonflait légèrement apparaissait à la section, clair comme de l'eau. L'examen donnait les résultats suivants :

La vésicule, très tendre, de forme très irrégulière, était longue de 3 centimètres et demi. Elle consistait en cinq saillies acineuses, de la grandeur d'un pois à une noisette, communiquant largement entre elles. A l'intérieur, se trouvait un corpuscule analogue à une saucisse minuscule, adhérent en deux endroits aux parois, traversant la cavité comme un pont. Le corpuscule avait un centimètre de long sur 3 à 3 millimètres et demi de diamètre ; il ressemblait beaucoup au cou des cysticerques.

(1) Zenker. Loc. cit. (Fig. 2 et 3).

— L'examen microscopique de la paroi vésiculaire montre une substance homogène, tachetée de molécules de graisse, et dont la surface externe, vue de profil, a un contour régulièrement ondu-leux.

A l'intérieur du corpuscule, en forme de saucisse qui, sous une forte pression, montre le plissement régulier du cou d'un cysticerque, apparaît une cavité. L'une des extrémités du corpuscule qui s'enfonce dans une vésicule de la grandeur d'un pois, laisse transparaître, à une forte pression, trois points noirâtres. En pratiquant une coupe en cet endroit, on fait sortir une tête de cysticerque à cou mince. Le même corpuscule porte deux ventouses dont deux garnies d'un pigment noir abondant. Les crochets dont la concavité regarde l'extérieur sont au nombre de quinze.

Quatorze courts, sont sur une seconde ligne ; un, long, sur la première. On ne peut expliquer l'absence de tous les longs crochets, sauf un par leur chute, au cours de la préparation, car ils sont restés invaginés et n'ont été que très peu déplacés. Il s'agit d'un arrêt de développement, pour ainsi dire. Superposés par rapport aux crochets courts, sont des amas petits et irréguliers de chitine qu'on a raison de regarder comme des rudiments de crochets. Puisque aucun des crochets courts ne manque, le nombre total à l'état parfait serait de vingt-huit, ce qui correspond exactement au nombre trouvé chez le cysticercus cellulosæ. De même, la forme et la grandeur des crochets (pour le grand, 0,17 millim. ; pour les petits, 0,12 millim.) sont les mêmes que chez le cysticercus cellulosæ. Ainsi, la nature de ces vésicules est irrévocablement celle du *cysticercus cellulosæ*.

Obs. III (1881) Zenker (1). — Le 2 juillet 1881, les Drs Beckh et Maisch nous envoyèrent de la section des aliénés de l'hôpital de Nüremberg, un cerveau frais et en bon état, accompagné des notes suivantes :

Jean Ittner, 21 ans, journalier, recueilli par la police pour vagabondage et faiblesse d'esprit, est transporté à l'hôpital où il est incapable de nous fournir le moindre renseignement.

A son entrée, il avait l'air hébété et ne répondait que par oui ou par non. Démarche pénible ; titubation avec inclinaison en arrière, d'où nécessité d'un appui. Lourdeur dans les mouvements. Les quelques mots émis sont bredouillés. Pas de troubles du toucher, de l'ouïe, de la vue. Pas d'inégalité pupillaire. Appétit bon. Sommeil profond, même pendant le jour. Ne se réveille que pour prendre ses repas. Il fait sous lui. Si on l'habille et qu'on le mette à table, il regarde devant lui et se rendort. Cet état persiste pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Les urines pâles, sans albumine, contiennent beaucoup de carbonate de chaux. Mort le 28 juin, à six heures du soir.

A l'autopsie, foie légèrement gras. Cœur, poumons, rate, reins sains.

*Cerveau*. — Sinus longitudinal rempli de sang liquide, noirâtre. Veines dilatées. Les deux lobes antérieurs du cerveau sont pour ainsi dire écartés l'un de l'autre par un kyste très tendu situé dans l'intervalle qui les sépare. Sa paroi se détache facilement du cerveau ; une petite fissure laisse écouler un liquide clair et séreux. A la base du cerveau, on trouve encore quelques kystes beaucoup plus petits qui ne paraissent pas communiquer avec le grand. Les ventricules sont gonflés de sérosité. Sur le cerveau qui nous a été envoyé, les ventricules latéraux étaient ouverts, le corps calleux avait été coupé et on avait sectionné chaque hémisphère. Le reste du cerveau était intact.

*Résultats d'un examen minutieux*. — A la base du cerveau, l'arachnoïde autour du chiasma, et de là, sur le premier tiers du Pont de Varole et sur les pédoncules cérébraux, est très épaissie, jaunâtre ou terne, blanche et transparente par places. En avant, cet épaississement se continue jusqu'aux scissures de Sylvius et jusqu'au sillon interhémisphérique, dans lequel les deux hémisphères,

(1) Zenker. Loc. cit. (Fig. 4 et 5).

jusqu'à une distance de 3 millimètres et demi du chiasma, sont soudés ensemble. Au point où cesse leur union, apparaît, au milieu de la surface de l'hémisphère gauche, une ligne longue de 8 millimètres, large de 1 millimètre et demi, jaune, en forme de bourrelet. Au voisinage, quelques points hémorrhagiques sur la pie-mère assez injectée mais autrement normale. L'arachnoïde opacifiée cache aux regards une partie de l'hexagone de Willis. Les artères ont leur calibre habituel. Leurs parois sont minces.

Entre le chiasma et le Pont de Varole et, sur la surface de ce dernier, s'insinue une partie de vésicule gonflée, à parois minces, très transparente, contenant un liquide aqueux.

Dans la figure 4, du mémoire de Zenker, ce prolongement est coloré en bleu. A l'origine du nerf optique gauche, est une vésicule ronde, de 6 millimètres de diamètre. A 7 millimètres derrière celle-ci, se trouve une vésicule plus grande, longue de 8 millimètres, et de laquelle part un diverticulum de 1 centimètre, large de 3 à 4 millimètres, très plissé, qui pénètre entre le pédoncule cérébral et l'artère cérébrale postérieure et s'étend au-dessus du pédoncule cérébral. A l'intérieur de cette saillie, on voit une petite nodosité grosse comme une tête d'épingle, blanchâtre et unie à la paroi. Ces deux vésicules *communiquent ensemble*. Pourtant le point de communication est caché par l'arachnoïde opacifiée. A droite de la ligne médiane, à 8 millimètres en arrière de la tige pituitaire, gît une vésicule du volume d'un pois, qui, par un pédicule mince, pénètre dans l'arachnoïde épaissie. Immédiatement derrière, une vésicule oblongue, de 12 millimètres de long sur 5 de large, qui s'étale sur le bord antérieur du Pont de Varole et qui communique avec une vésicule ronde, d'une part, et, d'autre part, avec une vésicule plus grande située à la surface de la protubérance. De cette dernière vésicule qui s'étend jusqu'au tronc basilaire part, en arrière, un embranchement de 17 millimètres qui s'appuie sur le Pont de Varole et sur l'artère basilaire. Enfin, à la partie antérieure de la fente longitudinale du cerveau, est située une vésicule grosse comme une noix, à parois très minces et transparentes, assez gonflée, qui écarte les deux lobes, et que l'on aperçoit en regardant la convexité cérébrale. L'une des extrémités de cette vésicule repose librement sur la partie antérieure de la surface du corps calleux, tandis que l'autre pénètre dans la cavité sous-arachnoïdienne dont on peut facilement l'extraire. A la surface des hémisphères, les méninges sont minces, assez injectées. Substance cérébrale assez vascularisée, normale. Ventricules latéraux très élargis. L'épendyme, à la partie médiane de la couche optique, a un aspect finement granuleux ; le trigone lui est intimement soudé. Plexus choroïdes assez vivement injectés en bleu rougeâtre. Ganglions centraux sains. Aspect également granuleux de l'épendyme du quatrième ventricule. La substance du Pont de Varole et de la moelle allongée est normale. Pas de cysticerques nulus dans le cerveau, non plus que dans les autres organes.

Ces kystes ne pouvaient être considérés comme isolés, puisque le liquide circulait de l'un à l'autre. Cette constatation réclamait leur extraction des espaces sous-arachnoïdiens, ce qui réussit fort bien après la section des ponts qui limitent ces espaces. Au contraire, laborieuse fut l'extraction des vésicules de la grande fente longitudinale et quoique celles-ci fussent comprimées en tubes minces et plissés, elles ne résistaient que peu à l'application de la pince et elles furent déchirées en deux endroits. En somme, on put constater que ces kystes, séparés en apparence, n'étaient que des parties d'une très grande formation kystique extrêmement compliquée (voir la figure 5 du mémoire de Zenker. On peut voir que l'apparence d'une grappe est très nette).

A l'examen microscopique, les ondulations de la surface sont encore une fois constatées. Le petit nodule ressemble à la tête du tænia dont nous avons parlé plus haut et ne montre ni ventouses, ni crochets, ni corps calcaires. Mais on ne saurait méconnaître les rides d'un cou de tænia (figure 7 du mémoire de Zenker). Ce nodule semble être une tête rudimentaire. L'arachnoïde présente, au niveau de ses épaississements, des signes d'inflammation ; au voisinage, amas abondants de molécules graisseuses. Artères parois brillantes et hyalines ; peu d'exsudats.

(*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

### CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE L'ACTINOMYCOSE

I. — UNE ÉPIZOOTIE D'ACTINOMYCOSE, dans la Prusse orientale, par M. PREUSSE. *Berliner Thierärztliche Wochenschrift*, 1890, n° 3.

II. — CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DE L'ACTINOMYCOSE, par le Dr W. FISCHER, de Kiel, *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, n° 22, p. 413.

III. — SUR L'ACTINOMYCOSE DE LA LANGUE, par le Dr MAYDL, *Internationale Klin. Rundschau* 1889, nos 42 et 43.

IV. — UN CAS D'ACTINOMYCOSE PRIMITIVE DES SOMMETS PULMONAIRES, par le Dr LINDT. *Correspondenzblatt für Schweizerische Aerzte* 1889, 1er mai.

V. — TRÉPANATION DANS UN CAS D'ACTINOMYCOSE DU CERVEAU, par le Dr KELLER, de Londres, *British medical Journal*, 22 mars 1890.

VI. — CINQ NOUVEAUX CAS D'ACTINOMYCOSE, AVEC STATISTIQUE DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES OBTENUS A LA CLINIQUE CHIRURGICALE de Tübingue, par le Dr von NOORDEN. *Centralblatt für. Chirurgie*, 1889, n° 48, p. 877.

I. — On connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples d'actinomycose humaine, mais l'étiologie de cette affection parasitaire est encore très obscure. On sait qu'elle est fréquente chez les bovins, dans certains pays surtout (Allemagne du Nord), et qu'elle est engendrée par un parasite végétal, à forme rayonnée tout à fait caractéristique, formant au sein des foyers morbides, des agrégats sous forme de grains jaunes dont l'aspect est également typique à première vue.

Déjà le vétérinaire danois Jensen avait signalé que l'actinomycose s'observe à l'état d'épizootie, chez les animaux de l'espèce bovine nourris avec du foin provenant de paturages exposés à des inondations successives et desséchés dans l'intervalle. M. Preusse a fait une observation analogue, dans les districts d'Elbing et de Marienburg (Prusse orientale). Sur les territoires en question on avait creusé des bas-fonds, transformés en prairies qui avaient subi une inondation prolongée, au printemps de l'année 1888. L'été et l'automne suivants ayant été très humides, le fourrage provenant de ces prairies était de très mauvaise qualité. Une épizootie se déclara parmi les bêtes à cornes nourries avec ce fourrage ; les bêtes malades présentaient dans les parties molles de la tête des tumeurs dures, douloureuses au toucher, qui suppuraient pour la plupart, donnant issue à un pus d'un jaune clair, visqueux, dans lequel l'examen histologique décelait les éléments caractéristiques de l'actinomycose.

M. Preusse cite ce fait que de deux propriétaires voisins, l'un qui put nourrir son bétail avec du foin de bonne qualité, provenant de la précédente récolte, n'a pas eu une seule bête touchée par l'épizootie, tandis que l'autre, forcé de donner du fourrage de mauvaise qualité à son troupeau qui comptait 47 bêtes à cornes, a eu 5 animaux atteints par l'épizootie.

L'examen du foin altéré a fait découvrir des champignons d'espèces variées, mais point ceux de l'actinomycose.

II. — L'observation de Fischer parle en faveur d'une origine analogue de l'actinomycose.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 29 ans, qui étant occupé à battre

en grange, s'introduisit un épi de seigle dans la bouche pour le mastiquer. Une barbe de l'épi s'enfonça dans la pointe de la langue et y resta figée. Huit jours plus tard, la langue enflait à ce niveau. Le malade se présenta à la Clinique de M. Fischer, quinze jours après la pénétration du corps étranger; voici ce que l'on constatait à ce moment :

Environ vers la partie médiane de la moitié droite de la langue existait une petite tumeur molle, un peu fluctuante, du volume d'une noisette. La face inférieure de la langue était occupée, vers le bord libre de l'organe, par trois petites nodosités confluentes, du volume d'un grain de mil. Dans le reste de son étendue, la langue était normale. La nodosité la plus volumineuse n'était pas douloureuse à la pression. On porta le diagnostic d'abcès de la langue, en rapport présumé avec l'actinomycose.

Le quatrième jour, on fendit le petit abcès; il en sortit un peu de pus et un amas de granulations qui communiquait avec des trajets creusés dans le tissu de l'organe. Ces trajets furent grattés avec soin, et on écrasa à leur niveau de l'acide borique, substance dont l'emploi a donné d'excellents résultats dans le traitement de l'actinomycose, à la Clinique chirurgicale de Kiel. Quelques jours plus tard, le malade quittait l'hôpital en état de guérison complète.

Le pus et la masse concrétée, extraits de l'abcès, contenaient un grand nombre de granulations radiées, qui présentaient tous les caractères histologiques du champignon de l'actinomycose. Au piquant de la barbe de l'épi de seigle adhéraient de nombreux champignons de même nature. L'examen d'autres épis de seigle, envoyés après coup par le malade, n'a donné que des résultats négatifs.

Pour M. Fischer, nul doute que dans ce cas l'épi de seigle n'ait servi de véhicule au champignon de l'actinomycose, dont la pénétration dans la langue du patient avait donné lieu au foyer dactinomycosique décrit ci-dessus. L'auteur prend occasion de ce fait pour inviter les médecins à rechercher les débris de plantes dans les foyers d'actinomycose, afin d'élucider à l'étiologie de cette maladie.

III. — M. Maydl fait remarquer que quand on parcourt les relations des cas connus d'actinomycose, on constate que la langue est assez souvent le siège des localisations de cette maladie parasitaire : 4 fois sur 21 cas d'actinomycose admis en traitement à la clinique du professeur Albert, d'Inspruck, dans la période comprise entre 1882 et 1888. M. Maydl mentionne un cas d'actinomycose, survenu dans des circonstances intéressantes, chez un médecin vétérinaire, chargé de l'inspection sanitaire du bétail qui se présentait à la frontière autrichienne. Un jour qu'après une quarantaine prolongée, le confrère était accablé de besogne, il feuilletait des paquets de certificats, et se servait *ad hoc* de l'index qu'il humectait de temps à autre en le portant au contact du dos de la langue. Quelque temps après, des rhagades douloureuses s'étaient développées sur la langue, puis à leur niveau se forma une tumeur du volume d'une cerise, qui devint fluctuante, non douloureuse et sans engorgement ganglionnaire de voisinage. Tenant compte des circonstances dans lesquelles était apparue cette tumeur, M. Albert diagnostiqua un cas d'actinomycose. Le petit abcès fut incisé. Le confrère guérit. L'examen macroscopique et histologique du pus confirma le diagnostic porté.

IV. — M. Lindt relate un cas d'actinomycose primitive du poumon. Le sujet, une femme de 50 ans, souffrait depuis des années d'un catarrhe bronchique. A la suite d'un refroidissement, l'affection des bronches s'était aggravée au point de nécessiter l'alitement. La malade éprouvait maintenant de violentes douleurs dans la partie inférieure du dos, dans les épaules, dans les bras; elle avait de la fièvre. Puis la faiblesse envahit les membres supérieurs. La malade éprouvait une sensation de tension dans la nuque qui était agitée par un tremblement.

A l'examen des organes, on constatait les signes d'une infiltration des deux sommets, et cependant les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Il existait, en outre, un abcès de la nuque, qui avait toutes les apparences d'un abcès par congestion de la colonne vertébrale.

L'abcès fut incisé, il siégeait dans les muscles. Il s'en échappa une petite quantité de pus qui ne renfermait que très peu d'éléments corpusculaires. Mais lors du renouvellement du pansement, on découvrit dans le pus de petites granulations jaunâtres, ayant le volume de têtes d'épingles. A l'examen microscopique, ces granulations apparaissaient comme formées par les éléments radiés caractéristiques de l'actinomycose. En examinant ensuite les crachats de la malade on y découvrit ces mêmes éléments radiés.

La malade succomba quatre mois plus tard. Dans l'intervalle, on avait dû lui inciser d'autres abcès de même nature que le précédent. L'autopsie vérifia le diagnostic porté du vivant de la malade : actinomycose primitif des sommets des poumons.

Voilà bien un cas qui se rattache à la forme thoracique de l'actinomycose. Mais tandis que d'habitude les foyers pulmonaires d'actinomycose donnent lieu à une excavation qui se vide au dehors par les bronches, ici, les foyers pulmonaires, localisés dans les sommets, se sont frayés une issue vers la région de la nuque.

V. — L'observation de Keller réalise un exemple rare de foyer d'actinomycose localisé dans le cerveau. Le cas concerne une femme de 40 ans, qui avait été soignée une première fois par l'auteur en 1885, pour des abcès intra-thoraciques dont la nature parasitaire (actinomycose) avait été reconnue. Au mois de février 1888, cette femme se présentait de nouveau à l'auteur, affectée qu'elle était d'une faiblesse du bras gauche. Cette parésie était allée en progressant; elle se compliquait de secousses convulsives, comme dans les cas d'épilepsie corticale. Puis il s'y était ajouté de la parésie du membre inférieur gauche et de la moitié gauche de la face. La malade était venue en proie à de violentes douleurs de tête, à des vomissements. Puis s'était développé un état comateux, qui semblait annoncer une fin prochaine. Dans ces conditions la famille se résigna à une intervention radicale, à la trépanation, qu'on avait proposée dès l'entrée de la malade à l'hôpital, en raison du diagnostic porté: abcès actinomycosique du cerveau.

Le trépan fut appliqué dans la région du crâne correspondant à la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante. On donna issue à du pus liquide, verdâtre, qui renfermait une grande quantité de granulations présentant tous les caractères histologiques du champignon de l'actinomycosé.

Le lendemain de l'opération, la malade avait repris connaissance. Au bout de huit jours, la paralysie faciale s'était dissipée, et la malade pouvait de nouveau remuer la jambe gauche. Au bout de six semaines, elle était en état de quitter le lit et de marcher. La plaie cranienne mit deux mois à se cicatriser.

Vers la fin de la même année (1888), la malade fut reprise d'accidents cérébraux graves. Nouvelle trépanation, suivie de l'ouverture d'un abcès du cerveau. Cette seconde opération n'amena pas d'amélioration appréciable, et la malade suc-

comba. L'autopsie a fait découvrir un abcès profond du cerveau.

On ne connaît guère jusqu'ici que deux exemples de foyers encéphaliques d'actinomycose. Un premier, publié par Bollinger (*Munchner medicin. Wochenschrift* 1887, n° 41) présente cet intérêt particulier, qu'il s'agissait d'un foyer *primitif* d'actinomycose, développé dans le cerveau d'une femme de 26 ans. Cette femme, avant de tomber malade, avait fait un large usage de lait de vache et de chèvre non bouilli, et de viande crue. Les symptômes avaient consisté en vomissements, parésie du nerf oculo-moteur gauche, céphalalgie, œdème de la papille; mort dans le coma. On avait diagnostiqué une tumeur de l'encéphale. A l'autopsie on trouva, dans le troisième ventricule, un néoplasme qui avait les apparences d'un kystomyôme, formé par une membrane et un contenu liquide qui tenait en suspension de nombreuses colonies du champignon de l'actinomycose.

L'autre observation a paru l'an dernier *in British medical Journal* (25 mai 1889).

VI. — La statistique de M. von Noorden porte sur 16 cas d'actinomycose admis en traitement à la clinique chirurgicale de Tübingue, depuis l'année 1883, et ayant donné lieu à une intervention opératoire. Résultats : 2 cas de mort; 1 cas non guéri; 1 cas douteux (pas de renseignements postérieurs); 12 cas où la guérison se maintient depuis 1 à 6 ans. Parmi ces derniers il s'en trouve qui présentaient une extrême gravité. En somme, ces résultats font entrevoir sous un jour moins sombre le pronostic de l'actinomycose chez l'homme. Il faut, il est vrai, compter avec le danger inhérent aux récidives.

Preusse, dans le travail analysé ci-dessus, a fourni des renseignements également très encourageants, sur les résultats de l'intervention opératoire chez les animaux affectés de l'actinomycose : 41 guérisons sur 45 cas traités, le traitement ayant consisté dans l'extirpation des foyers morbides situés dans une région facilement accessible.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

J. ISRAEL et M. WOLFF. — Expériences démontrant la possibilité de cultiver le champignon rayonné (actinomycose) hors de l'organisme animal; inoculations de cultures pures à des animaux. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 18, p. 419.

## INDEX DE THERAPEUTIQUE

**Médication tonique et fébrifuge.** — La clinique, l'expérimentation et l'analyse ont prouvé que le quinquina est le tonique le plus puissant et le fébrifuge le plus sûr. Nous allons résumer ses divers modes d'action afin de mieux faire comprendre l'utilité de la nouvelle préparation que nous avons fait connaître, et montrer avec quelle facilité elle s'adapte aux diverses indications fournies par la pathologie.

*Action tonique* : Le quinquina est un agent thérapeutique antidéperditeur et reconstituant. Il exerce une action modératrice sur les mutations intra-cellulaires, sur les combustions organiques et sur les phénomènes chimiques de la nutrition. Il diminue l'élimination de l'azote, retarde l'épuisement en diminuant les pertes éprouvées par les divers tissus de l'économie. Dans le même ordre d'idées, il relève l'appétit et les forces, favorise la digestion, et c'est à ce titre, comme reconstituant stimulant de la nutrition et eupeptique, qu'il est prescrit dans l'anémie, la chlorose, les états adynamiques, les convalescences longues et dangereuses, les maladies graves; chez les affaiblis, les débilités, quelle qu'en soit la cause, et enfin dans tous les états valétudinaires qui ne constituent, le plus souvent, que le prélude, une sorte d'introduction à quelque maladie grave. Dans ce cas de santé précaire et débile, il permet au convalescent de lutter contre l'infection microbienne et les divers états morbides.
voisin de la maladie, le quinquina remonte la constitution et

*Action fébrifuge* : Le quinquina est administré dans toutes les fièvres et il a constitué, pendant longtemps, une des méthodes de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde. Dans la fièvre intermittente et dans toutes les affections qui, de près ou de loin, se rattachent à l'infection palustre, fièvre rémittente, pernicieuse, et dans les névralgies à retour périodique, le triomphe du quinquina est assuré si l'administration est faite en temps opportun. Trousseau, dans ce cas, préférait la poudre à la quinine.

Dans la pyohémie, l'infection puerpérale, le typhus et la variole, le quinquina doit être prescrit; de même que dans l'érysipèle. Dans la pneumonie des vieillards et des alcooliques et la gangrène pulmonaire il agit surtout comme tonique.

*Action antiseptique et préservatrice* : Les propriétés antiseptiques et préservatrices du quinquina sont bien connues. Miquel a montré qu'il suffit d'un gramme de quinine dans 800 grammes d'eau pour empêcher le développement du bacille de la fièvre typhoïde et d'un gramme dans 5,000 grammes d'eau pour supprimer l'évolution du bacille du choléra. — Le quinquina tue les vibrions, infusoires et un grand nombre de bactéries. C'est comme antiseptique du milieu intérieur plutôt que comme fébrifuge qu'il agit dans la fièvre intermittente en enrayant le développement du microbe pathogène de cette affection. En relevant les forces, en stimulant l'appétit, en diminuant l'épuisement, le quinquina met l'organisme en état de résister aux agents infectieux; par son action antiseptique, il stérilise le terrain et le rend réfractaire à l'invasion microbienne.

Le quinquina, dont la composition est complexe, a une sorte de *vie thérapeutique*; aucun de ses principes constitutifs ne saurai être éliminé de parti pris. D'ailleurs, tous les médecins savent qu'on ne peut suppléer complètement à l'emploi des végétaux par celui de l'un de leurs alcaloïdes. C'était l'opinion de Trousseau, c'est aussi celle que soutenaient dernièrement à l'Académie de médecine MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy. On sait aussi les difficultés, les répugnances que les praticiens rencontrent trop souvent auprès de leurs malades. Il fallait trouver une préparation contenant la totalité des principes actifs du quinquina, rigoureusement dosée, agréable au goût, facile à prendre, commode à transporter, se dissolvant vite et bien dans toute espèce de véhicule (les médicaments agissant mieux en solution que de toute autre façon). Tous ces avantages, le « *Quinquina soluble Astier* » *granulé* les réunit. Il est en petits cristaux qui se dissolvent instantanément dans l'eau, le vin, les tisanes, etc. : il représente exactement son poids de poudre de quinquina jaune royal et en contient tous les principes actifs, chaque cuillerée à café titre dix centigrammes d'alcaloïdes. Avec cette préparation le médecin peut instituer sur des bases certaines soit un traitement tonique, soit un traitement fébrifuge.

*Dose tonique* : Une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans un verre à Bordeaux de vin, d'eau ou de tisane, avant ou après les deux principaux repas.

*Dose fébrifuge ou antiseptique* : Une cuillerée à café contenant 10 centigrammes d'alcaloïdes; le médecin n'a qu'à prescrire autant de cuillerées à café qu'il veut faire absorber de fois dix centigrammes de quinine. Avec le *Quinquina soluble Astier*, il évite l'action irritante de la quinine sur la muqueuse stomacale : en même temps le malade profite de l'action tonique des autres éléments du quinquina. Enfin, pour obtenir instantanément un litre de vin de quinquina, on n'a qu'à en mettre deux cuillerées à soupe dans un litre de vin préféré.

En résumé, le *Quinquina soluble Astier granulé* est une préparation commode, active, bien dosée, qui, ainsi que l'a écrit le docteur Gendrin, est appelée à rendre de grands services en thérapeutique dans les cas où l'usage du quinquina est indiqué.

## BIBLIOGRAPHIE

### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

De la pseudo-paralysie générale saturnine, par le Dr Parelle. Paris, 1889.

On a décrit antrefois une paralysie générale saturuine, mais des faits mieux étudiés montrent, contrairement à cette opinion, que le plomb ne prodnit qu'une pseudo-paralysie générale, c'est-à-dire un état qui emprunte le masque de la démence paralytique, sans en avoir la marche et le pronostic.

Cette psendo-paralysie générale se différenciera de la vraie à la fois par de nombreuses différences dans les symptômes communs aux deux maladies (début brusque par des hallucinations ou par des attaques apoplectiformes, terreurs imaginaires, persistance de l'égalité pupillaire, absence fréquente de la mégalomanie, guérison habituelle, etc.) et par l'existence concomitante des signes de l'intoxication plombique.

La marche des denx maladies est surtont fort différente, l'une aboutit fatalement à la mort, l'autre, dans la grande majorité des cas tend vers la guérison; mais pour cette dernière les rechutes sont à craindre, si le sujet se soumet de nonveau aux canses d'intoxication saturnine. Le pronostic est donc bien différent, ce qui nous montre toute l'importance du diagnostic.

Enfin les quelques autopsies faites jusqu'à ce jour tendent à montrer que la paralysie générale ordinaire et la pseudo-paralysie saturnine se différencient également par leurs lésions.

Des paralysies faciales d'origine pétreuse, par le Dr Maurice Guillot. Paris, 1889.

Le paralysies faciales d'origine pétreuse reconnaissent pour causes principales les maladies de l'oreille moyenne, la syphilis et les fractures du rocher. La paralysie complète du peaucier du cou s'observe quelquefois dans les hémiplégies faciales. Le traitement varie suivant la cause, quand il doit être chirurgical, l'intervention pour être efficace doit être rapide.

Des myélites syphilitiques précoces, par le Dr Breteau. (Thèse de Paris, 1889.)

Depuis que Mauriac a signalé la syphilis précoce médullaire, les observations se sont multipliées; l'auteur apporte un fait observé dans le service de Hanot et six nonveaux cas notés par Mauriac. Il n'y a aucun donte que la syphilis puisse frapper la moelle à une époque très rapprochée de l'infection primitive; elle peut dans ce cas déterminer deux formes de myélite, l'une à marche lente, l'autre à marche rapide. Le pronostic de ces deux formes est différent, relativement bénin pour la première, très grave pour la seconde. Le traitement reste inefficace dans la myélite à marche rapide, qui paraît être le résultat, au point de vue anatomique, d'une inflammation du tissu interstitiel de la moelle, prenant son point de départ au voisinage des vaisseaux et de leurs gaines lymphatiques.

De la paralysie générale spinale à marche rapide et curable, par le Dr Farines (Thèse de Paris, 1889.)

La paralysie générale spinale à marche rapide et curable se présente avec des caractères que l'on rencontre dans la paralysie spinale aiguë de l'adnlte et dans la paralysie générale spinale antérieure subaiguë. Il y a lieu cependant de tenir compte des différences qui existent entre ces formes, mais à la condition seulement qu'on ne leur accordera qu'une valeur relative. Ces différences peuvent en effet faire défaut dans certains cas, en particulier dans la paralysie spinale aiguë, ou bien les nuances qui les séparent sont trop minimes pour légitimer une distinction.

La paralysie spinale à marche rapide et curable ne saurait être considéré comme une entite morbide distincte, elle ne mérite pas cette place dans le cadre nosologique et il faut la faire rentrer dans le groupe des polyomélites antérieures. Il n'y a lieu d'en faire le diagnostic qu'en raison de son pronostic favorable et de sa guérison qui est toujours complète.

## BULLETIN

Anesthésie chloroformique. — Statistique de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux parisiens.

Il était naturel que, dans la discussion académique engagée au sujet du chloroforme, la chirurgie vint défendre les acquisitions qu'elle considère comme siennes, et qui sont le résultat de plus de quarante années d'expérience et d'observations. M. Verueuil s'est acquitté de ce soin, avec l'autorité qui lui appartient, et a donné lecture d'un mémoire destiné, dans sa pensée, à remettre la question sous son véritable jour. L'orateur nous a paru guidé par la préoccupation visible de faire le procès des prétentions excessives attribuées aux physiologistes dont l'ingérence, dans un pareil sujet, ne peut d'après lui, aboutir qu'à des résultats purement théoriques. C'était faire pour ainsi dire le procès de l'expérimentation, de cette science à laquelle pourtant les chirurgiens s'empressent si souvent de demander les notions que ne peut fournir l'observation simple et directe des faits. Il est fort douteux que les physiologistes acceptent cette sorte d'ostracisme, et qu'ils consentent à reconnaître leur incompétence dans une question si bien faite pour les intéresser. Car il est certain que le chloroforme possède, vis-à-vis de l'organisme de l'homme et des animaux, les propriétés d'un véritable poison; au point que son étude pourrait légitimement figurer dans les traités de toxicologie. D'un autre côté, l'expérience est là pour montrer que, dans cette question des indications et des dangers du chloroforme, il existe encore de nombreuses inconnues, que la clinique seule paraît impuissante à résoudre. N'est-ce pas reconnaître, par là même, la légitimité de l'intervention des physiologistes, et l'importance du rôle qu'ils sont en droit de revendiquer dans l'œuvre si désirable de l'achèvement de nos connaissances relativement au mode d'action des anesthésiques sur l'organisme?

— M. Merklen a fait connaître dernièrement les résultats de l'enquête poursuivie en vue d'établir la statistique exacte de la mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux parisiens. Considérées dans leur ensemble les conclusions de notre collègue sont assez satisfaisantes, car elles accusent une diminution toujours plus marquée du chiffre qui exprime cette mortalité. Cette amélioration réelle doit-elle être mise à l'actif des procédés de traitement, ou bien faut-il l'imputer à un affaiblissement spontané des propriétés toxiques du virus typhique? A n'envisager que le fait de la décroissance générale de la léthalité, on pourrait admettre la deuxième de ces hypothèses: mais ce serait faire trop bon marché de l'influence que la thérapeutique peut exercer sur l'évolution de la grande pyrexie infectieuse. Les chiffres de M. Merklen nous montrent en effet, que la meilleure statistique appartient aux services où la méthode des bains froids est devenue la médication ordinaire de la fièvre typhoïde; le succès étant d'ailleurs d'au-

tant plus marqué, que la méthode est appliquée plus près du début de la maladie. Mais il y a également une amélioration notable de la statistique dans les services où l'on suit plus volontiers les traditions de la médecine symptomatique. Ce résultat peut s'expliquer vraisemblablement par la connaissance plus approfondie de la nature de la maladie, et par la compréhension plus juste des moyens qu'il convient de lui opposer. C'est ainsi que M. Merklen n'hésite pas à mettre ici en cause la généralisation de l'emploi des antipyrétiques et des procédés d'antisepsie intestinale. En définitive, il y a lieu de mettre sur le compte de la thérapeutique, et particulièrement sur le compte des bains froids, une bonne part dans le résultat si enviable que nous venons de signaler. C'est là un succès dont la médecine a le droit d'être fière, quoi qu'en puissent dire ses détracteurs. P. MUSELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son 19e Congrès à Limoges, du 7 au 14 août prochain, sous la présidence de M. A. Cornu, membre de l'Institut, professeur à l'Ecole polytechnique.

Pendant la session aura lieu l'inauguration de la statue de Gay-Lussac, due au ciseau du sculpteur Millet et érigée par souscription publique.

En dehors des travaux habituels du Congrès, des conférences publiques, le Comité local a organisé des visites industrielles (fabriques de porcelaine), des excursions dans le Limousin et les régions avoisinantes (Aubusson, Guéret, Brive, Périgueux, Angoulême).

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris.

LE CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS DE LYON. — Dans sa dernière séance, le Conseil général des Facultés de Lyon s'est occupé de la question des Universités. Nous croyons savoir qu'il a adopté une série de vœux dont les principes sont les suivants :

1° Personnalité civile donnée à chaque Université ;

2° Transformation du Conseil général des Facultés en Conseil général de l'Université, la présidence étant maintenue au recteur représentant de l'Etat ; mais, le vice-président, élu, prenant le titre de chancelier de l'Université et recevant comme attributions la gestion des biens de l'Université, la haute surveillance des secrétariats, le visa des pièces relatives à l'enseignement supérieur, etc. ;

3° Traitement égal des professeurs dans toutes les Universités ;

4° Constitution par voie d'élection d'un Conseil supérieur des Universités élaborant les programmes et réglant l'avancement ;

5° Représentation des Universités au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

LE CHOLÉRA.

*France.* — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni mercredi dernier. MM. les docteurs Charrin et Netter, que le ministre de l'intérieur a délégués à Cerbère et à Hendaye pour y installer des postes de surveillance sanitaire et qui font partie du comité consultatif, en qualité d'auditeurs, assistaient à la séance.

Le comité d'hygiène a examiné les mesures prises en France et en Algérie pour arrêter le fléau à la frontière. Ces mesures ont été jugées suffisantes.

Aucun cas de choléra n'a été jusqu'ici signalé en France.

M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires, a rendu compte de la situation en Espagne. Le choléra continue à se propager dans les villages de la province de Valence. Valence même ne paraît pas atteint, non plus que Barcelone, où l'on a à tort annoncé la présence du fléau.

MM. Charrin et Netter ont donné des détails sur l'organisation des postes qui défendent les Pyrénées.

A moins d'événements imprévus, le comité consultatif d'hygiène publique ne se réunira pas avant le 21 juillet.

— Trois nouveaux postes sanitaires viennent d'être installés à Arnéguy, près de Saint-Jean-Pied-de-Port ; à Urdos, près d'Oloron et à Danchariéna, près de Ainhoa.

— En présence de certains faits que des voyageurs cherchaient à se soustraire à la visite médicale prescrite par le décret du 28 juin, en ne gagnant pas directement la commune où ils avaient déclaré se rendre au moment de leur passage à la frontière, M. le ministre de l'intérieur avait demandé à son collègue des travaux publics qu'il fut prescrit aux chefs de gare et à tous employés préposés à la surveillance de la voie, qui constateraient la descente d'un voyageur avant son arrivée à la destination indiquée par son billet, d'interroger ce voyageur sur sa provenance et, dans le cas où il serait reconnu venir d'Espagne, d'en informer immédiatement le maire de la localité dans laquelle il se serait arrêté, afin que ce voyageur y fût soumis à la visite réglementaire.

M. Yves Guyot a informé ce matin le ministre de l'intérieur qu'il venait d'envoyer des instructions dans ce sens aux différentes compagnies de chemins de fer intéressées.

*Espagne.* — Les dernières nouvelles qui nous arrivent d'Espagne ne semblent pas indiquer une amélioration de l'état sanitaire. Bien au contraire, le port de Gandia, qui en cette qualité doit éveiller toute la sollicitude des autorités sanitaires de nos ports, semble tout particulièrement éprouvé.

Voici les dernières nouvelles parvenues de Madrid :

8 juillet.

*4 cas de choléra et cinq décès à Gandia* ; 2 cas à Carcagente ; un cas et un décès à Benopa.

A Castellon de Rugat, 2 cas et 1 décès.

A Valence, un enfant de quatre ans est mort en quelques heures. La maison a été désinfectée et la famille envoyée au lazaret. Dans le reste du royaume la santé est excellente.

Au conseil des ministres, le ministre de l'intérieur a dit que l'épidémie augmentait notamment à Gandia.

— Les bruits qui avaient couru sur l'apparition du fléau à Barcelone sont absolument controuvés. Les renseignements fournis à ce sujet par le consul de France à Barcelone disent qu'aucun cas de choléra n'a été observé dans cette ville.

***

— Dans l'assemblée des professeurs qui a eu lieu jeudi dernier, la liste de présentation des candidats aux chaires vacantes a été dressée comme il suit :

*Clinique chirurgicale* : 1° M. Le Dentu ; 2° M. Terrier ; 3° M. Nicaise.

*Médecine opératoire* : 1° M. Tillaux ; 2° M. Berger ; 3° M. Monod.

## NÉCROLOGIE

M. A. GOUBAUX.

L'Académie de médecine, vient de perdre l'un des membres les plus assidus et les plus distingués de sa section de vétérinaire.

Armand Goubaux né le 9 juillet 1820 à Vincennes, était fils d'un

modeste médecin et il fut destiné de bonne heure à lui succéder, mais il montra de bonne heure de telles dispositions pour la médecine vétérinaire, qu'on résolut de lui laisser suivre le côté scientifique de la profession. Elève de l'Ecole d'Alfort, en 1839, il en sortit diplômé en 1841, pour y entrer à la fin de l'année, au concours, comme chef de service de 3e classe, attaché à la chaire d'anatomie. Devenu de même au concours de 1846, professeur d'anatomie, de physiologie et d'extérieur des animaux domestiques, il remplit ces fonctions jusqu'en 1879 époque à laquelle il fut nommé directeur de l'Ecole. Goubaux était membre de l'Académie de médecine depuis 1873, membre de la Société de biologie depuis sa création; il faisait aussi partie du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Un grand nombre de ses travaux intéressent directement la médecine. Nous citerons les principaux :

1° Mémoire *sur les paralysies locales ou partielles* (1848-1850); 2° Expériences *sur les injections de perchlorure de fer dans les artères* (1853-1854), avec Giraldès; 3° Expériences *sur les hémorrhagies* (1853); 4° *De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques* (1845), en collaboration avec Follin; 5° Recherches expérimentales *sur les embolies du système vasculaire du poumon* (1863), avec G. Colin; 6° *Des observations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux* (première partie, seule publiée, 1889); 7° Plusieurs rapports au conseil d'hygiène sur divers établissements et industries insalubres, vacheries, charcuteries, etc.; 8° Goubaux est l'auteur d'un grand nombre de mémoires sur l'anatomie, la tératologie, la médecine et la chirurgie vétérinaires. Son travail le plus important a pour titre : *De l'extérieur du cheval* (1884) et a été publié avec M. Barrier; 9° Enfin, on lui doit plusieurs notices bibliographiques. Nous savons qu'il laisse en manuscrit une histoire complète de l'Ecole d'Alfort et de l'enseignement vétérinaire en France et la deuxième partie de son travail de 1889, partie consacrée à l'hybridité. — M. Goubaux avait été nommé directeur honoraire en 1887. Il était fort estimé et apprécié de ses collègues de l'Académie et de tous ceux qui se sont trouvés en relations avec lui.

Dr A. DUBEAU.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 JUIN AU 5 JUILLET 1890.

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 2. — Rougeole, 65. — Scarlatine 10. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 30 — Tumeurs cancéreuses, 36. — Autres, 10. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 48. — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 33. — Bronchite aiguë, 12 — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 25. — Pneumonie, 26. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 4. — Biberon 45. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 8. — Sénilité, 21. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 167. — Causes inconnues, 8 — Total : 903.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e ANNÉE. 7e SÉRIE. TOME VII — N° 29 — 19 JUILLET 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE

### TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE (1)

Par le Dr S. POZZI
professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Je ne m'appesantirai point sur le *traitement medical*: il est responsable de la mort de beaucoup de femmes, qu'il a empêchés de se faire opérer à temps. Les diurétiques et diaphorétiques, les préparations mercurielles et iodées, l'ergot de seigle, etc., doivent leurs prétendus succès à la méconnaissance des temps d'arrêt que peut subir la maladie. Le seul traitement interne rationnel est le traitement tonique et l'emploi de stomachiques et de laxatifs légers pour maintenir le plus possible les fonctions digestives. L'*électrolyse*, dont on a fait un tel abus en gynécologie, est ici à la fois inutile et dangereuse. Tout kyste de l'ovaire reconnu, doit être, si possible, enlevé.

(1) Nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs un extrait du « Traité de gynécologie clinique et opératoire » de M. S. Pozzi, ouvrage qui va paraître incessamment chez M. Georges Masson, éditeur.

La *ponction par la paroi abdominale* a été employée aussi non comme traitement curatif, mais comme palliatif trop fréquent avant la vulgarisation de l'ovariotomie. Certaines femmes ont subi ainsi un nombre presque invraisemblable d'évacuations de leur kyste. On peut être amené à faire cette opération d'urgence, en cas de phénomènes de compression excessive, ou encore dans le cas de tumeurs inopérables. On enfoncera alors, de préférence, le trocart sur la ligne blanche ou dans la fosse iliaque en un point dont on aura reconnu la matité par la percussion. Ponctionner un kyste sans nécessité absolue et alors qu'il est possible de l'extirper, est toujours une mauvaise pratique. On expose la malade à des accidents péritonitiques graves, et on risque, tout au moins, de provoquer des adhérences. On a voulu faire une exception pour la catégorie de kystes du ligament large, uniloculaires à parois minces et à contenu transparent, les kystes parovariens hyalins (1). Mais pour quelques guérisons définitives qui ont été constatées, et dont le résultat n'a pas toujours été suivi assez longtemps, on a eu à enregistrer de très nombreuses récidives. Du reste, la ponction est véritablement dangereuse au point de vue de la généralisation métastatique des kystes papillaires du ligament large, qu'il est à peu près impossible de distinguer sûrement, avant de la faire, des kystes purement séreux. Si l'on considère, par contre, la grande bénignité de l'ovariotomie dans les cas de cette nature, on n'hésitera pas à lui donner la préférence et à renoncer à une doctrine qui, pour quelques cas heureux, compte de nombreux méfaits.

La ponction a généralement été faite à la paroi abdominale : on a aussi pratiqué la ponction par le vagin dans les cas où la tumeur, petite, était plus accessible par cette voie. C'est une

(1) Panas. Bull. de l'Acad. de méd., 18 mars, 1876.

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

*(Suite et fin.)* (1).

VI. — La *page d'histoire de la médecine*, écrite par M. le professeur Lépine (de Lyon), a pour sujet la *thérapeutique sous les premiers Césars*. — L'on trouve bien dans Galien et dans Pline, l'indication de bon nombre de plantes employées en médecine, mais le traité de matière médicale le plus complet de ce temps-là, est celui de Dioscoride qui vivait au commencement de notre ère. Cependant malgré de nombreuses éditions avec commentaires de ce traité, il faut bien reconnaître qu'une nouvelle collation des divers manuscrits de Dioscoride est fort à souhaiter, je ne sache pas, d'autre part, que l'on ait publié encore un inventaire complet de la matière médicale à l'aide des écrits des anciens. Le traité des médicaments de Soranus qui vivait avant Galien, traité découvert par l'érudit Daremberg a-t-il été confronté avec Dioscoride ? Notre regretté prédécesseur nous a laissé l'ébauche d'un répertoire de matière médicale ancienne, il avait sans doute l'intention de tirer parti de cette collection de fiches.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de savoir que Dioscoride est en progrès sur ses devanciers Pline n'a pas indiqué seulement les plantes sauvages et cultivées employées comme médicaments, il contient une foule de recettes plus bizarres les une que les autres fournies par les animaux, ainsi par exemple : « le foie donné en breuvage délivre des tranchées et des calculs ». Les médicastres qui, de nos jours, font grand usage de la peau de vipère n'ont rien inventé. Dioscoride, au contraire, dit avec raison M. Lépine, s'il parle encore comme Pline ; « de la crasse d'athlète comme d'un médicament émollient, et des punaises contre la fièvre quarte », s'occupe plus directement des plantes seules, des vins médicamenteux, etc. Les végétaux exotiques étaient apportés à Rome et conservés dans des magazins appartenant à l'Etat. Les plantes indigènes étaient vendues par les *rhizotomes*, herboristes ambulants, ou chez les *pharmacoples*, à la fois droguistes, parfumeurs et quelquefois magiciens.

(1) Voir le numéro du 28 juin.

pratique dangereuse, vu la facilité de l'infection consécutive et de la suppuration grave, surtout s'il s'agit d'un kyste dermoïde. Tavignot n'a pas craint de recommander la ponction par le rectum· c'est une détestable opération.

L'*injection iodée*, recommandée par Boinet(1) avec un enthousiasme excessif, ne compte plus guère aujourd'hui de partisans; elle n'est plus appliquée encore, par quelques rares chirurgiens, qu'aux kystes uniloculaires à parois minces. Elle est pour eux encore bien plus grave que l'ovariotomie, et n'a pu rendre de services qu'à une époque où celle-ci était considérée comme une opération téméraire.

Le *drainage* après ponction ou incision (2), a été, à la même époque, appliqué à des kystes dont l'extirpation complète eût été pourtant facile; pour quelques rares succès, elle compte de ces nombreuses morts par hecticité et infection. Le drainage ne doit plus être fait actuellement que pour les reliquats de poches qu'on n'a pu entièrement extirper, ainsi que j'aurai à le décrire, ou encore lorsqu'un kyste suppuré inopérable s'est spontanément ouvert à l'extérieur.

OVARIOTOMIE. *Aperçu historique.* — C'est Ephraïm Mac Dowel (du Kentucky) élève de John Bell (d'Edimbourg) qui a fait la première ovariotomie pour kyste de l'ovaire en 1809. Le pédicule fut rentré dans l'abdomen; guérison. C'est encore un américain, Nathan Smith (de New Haven, Connecticut) qui fut le second ovariotomiste. Allan Smith vint le troisième. Ses premiers succès datent de 1827.

Mais il n'y avait là encore que des hardiesses isolées et sans écho.

J. L. Atlee, en 1843, avait fait la première ovariotomie double, quand, l'année suivante, Washington L. Atlee, qu'il ne faut pas confondre avec lui, commença la remarquable série de ses opérations qui se montaient à 246 en octobre 1871. L'ovariotomie était tout à fait acclimatée en Amérique dès 1865 (Peaslee) (3).

En Angleterre, Lizars (d'Edimbourg), s'inspirant des cas de Mac Dowell, pratiqua l'ouverture du ventre en 1824 par suite d'une erreur de diagnostic, et l'année suivante pour des kystes de l'ovaire dont il guérit 1 sur 3. Granville (de Londres) eut deux échecs qui le découragèrent, et, jusqu'en 1842, l'opération tomba dans le discrédit. Walsh et Clay l'en relevèrent par une série remarquable de succès. Puis viennent ceux de Bird et Baker-Brown, enfin de Spencer-Wells (1858) (1).

En Allemagne, Chrysman, en 1820, fit une tentative mal heureuse. Quelques opérateurs isolés, parmi lesquels il convient de mentionner Stilling s'y hasardèrent ensuite, mais sans que l'opération fût définitivement adoptée (2).

En France, Woyerskowsky (1844) aurait fait la première ovariotomie. En 1856 l'opération y était condamnée par l'Académie, avec l'unique protestation de Cazeaux. En 1862, Nélaton alla voir Spencer Wells, et au retour pratiqua sans succès l'ovariotomie. Mais Kœberlé, en 1864, publia 9 guérisons sur 12 cas; puis Péan montra d'une manière éclatante que l'opération pouvait réussir à Paris. C'est à ces deux auteurs que l'ovariotomie doit sa vulgarisation dans notre pays (3).

A ce moment, l'apparition de la méthode antiseptique fit entrer l'opération dans une nouvelle phase, et la fit passer des mains de quelques spécialistes éminents dans celles de tous les chirurgiens.

En résumé, l'ovariotomie a traversé trois phases successives:

(1) Boinet. Bull. de thérapeutique, août 1152. — Bull. de l'Acad. de méd., 1852. — Iodothérapie, 2e édit., 1865. Discussion à l'Académie de médecine, Bull. t. XXII, 1836.

(2) La première incision de kyste ovarique a été faite par Houston. Philos. Transact. vol. XXXIII, 1724. — Le Dran en 1737 fit la même opération hardie et l'érigea en méthode. Mém. de l'Acad. de chirurgie, vol. III, p. 431.

(3) E. Mac Dowell. London medical Gazette, vol. XXXV. —Eclectic. Repertory and analytical Review., Philadelphia, octobre 1818. — Nathan Smith. New-York Med. Record, juin 1882. — Alban Smith. Oorth. Americ. med. surg. Journal. Janvier 1826. — Atlee. Americ. journal of med. Science, vol. XXIX.

(1) Lizars. Observations on the extraction of diseased ovaria. Edimbourg, 1825. — Ch. Clay. Medical Times, vol. VII, 1842. — Results of all the operations for extirpation of diseased ovaria by large incison. Londres 1848. — Sp. Wells. Hystory and progress of ovariotomy in Great Britain. Med. chir. Transact vol. XLVI, p. 33, 1863.

(2) Paul Grenser. Die Ovariotomie in Dentschland, historisch und kritisch dargestellt. Leipzig, 1870.

(3) Olshausen. Loc. cit. — Kœberlé (Gazette hebd., 13 juillet, 1866.. — Péan. L'ovariotomie peut-elle être pratiquée à Paris avec des chances favorables de succès? Union médicale, 1868, nos 125-145 et Bull. acad. de Méd., t. XXXIII.

---

M. Lépine nous fait connaître quel était le genre de matière médicale ou les moyens thérapeutiques employés selon les médecins, appartenant à la secte des dogmatiques, des pneumatiques, des éclectiques, des empiriques et des méthodiques. Il y a dans cette partie de sa brochure, l'ébauche d'un travail qui le tentera quelque jour, j'espère. Notre sympathique confrère a toute la compétence nécessaire pour mener ce travail à bien.

VII. — J'ai lu avec grand intérêt le récent travail de M. le professeur Hirschberg sur l'ophtalmologie chez les anciens Égyptiens. La connaissance de l'histoire de la médecine chez les anciens peuples ne date guère que de notre siècle, car à l'exception des dissertations oubliées d'Alpinus (1591), Bosch (1737) Csernansky (1742) Gerike, Boerner (1756) il faut arriver à Sprengel qui a essayé de donner une vue d'ensemble sur cette histoire, à laquelle il a consacré le deuxième chapitre du premier volume de son essai. Puis sont venus les travaux si importants de Brugsch et d'Ebers, à l'occasion des papyrus qu'ils ont décrits. Spengel qui avait beaucoup lu, mentionne en quelques mots la médecine des yeux chez les anciens égyptiens, mais il ne donne pas de détails. M. Hirschberg s'est efforcé de combler cette lacune et après avoir lu les anciens auteurs, historiens ou médecins, et grâce aussi à ses travaux personnels, il a pu rédiger un mémoire qui nous fait bien connaître ce que devait être l'ophtalmologie en Égypte, à cette époque reculée. Il indique à l'aide des textes historiques dûs aux grecs et aux latins comparés à celui des papyrus, quelles pouvaient être les affections spéciales décrites, quels étaient, sans doute les remèdes employés. M. Hirschberg se plaint avec quelque raison, à mon avis, que l'on soit porté à ne considérer dans les papyrus que les excentricités qu'ils renferment. L'on a tout dit lorsqu'on s'est moqué de la fiente de lion et de la cervelle de tortue. Mais nous avons vu tout à l'heure que ces remèdes singuliers existaient aussi du temps de Dioscoride et l'on pourrait les retrouver même encore aujourd'hui dans plus d'un village européen. M. Hirschberg serrant de très près les textes et les comparant entre eux, a élucidé plus d'un point obscur, il serait à souhaiter que sa monographie servît d'exemple, pour des travaux analogues, sur les autres parties de la médecine chez le même peuple.

VIII. — Aétius qui vivait à la fin du cinquième siècle ou au com-

1° Une phase de tatonnements, qui prend fin d'abord en Amérique avec W. L. Atlee, en Angleterre avec Baker Brown et Spencer Wells, en France avec Kœberlé et Péan; 2° une phase très courte de spécialisation excessive, à laquelle se rattachent surtout les noms des initiateurs que je viens de citer; 3° une phase de vulgarisation, sous l'impulsion puissante de l'antisepsie.

*Indications générales.* On peut aujourd'hui abréger considérablement ce chapitre, car bien des points contestés, encore récemment (1), sont aujourd'hui résolus. Quelques chirurgiens se fondant sur la possibilité de guérison des kystes parovariens hyalins après une simple ponction, guérison qui d'après les relevés peut-être un peu optimistes de Terrillon (2), s'observait une fois sur 3, conseillent en pareil cas d'essayer d'abord de la ponction, et de ne faire l'ablation qu'en cas de récidive. Assurément, cette conduite serait sage si l'on était absolument certain de ne jamais confondre un kyste hyalin avec un kyste papillaire. Mais, comme cette distinction avant la ponction est parfois impossible, et que la ponction est très dangereuse, dans le second cas, il est, me semble-t-il, préférable de faire toujours d'emblée l'ovariotomie, qui, on ne saurait trop le répéter, est dans ces cas simples, une opération bénigne.

Actuellement donc, on ne peut plus dire qu'il ne faut faire la laparotomie que lorsque le kyste est devenu par son volume une cause de gêne excessive pour les malades, ou une cause imminente de dangers pour la vie. Dès qu'une tumeur commençante de l'ovaire est reconnue, il faut l'enlever: d'abord, parce que l'opération en elle-même est alors beaucoup moins grave, puisqu'on n'a à faire qu'une incision petite sans adhérences notables à déchirer; en second lieu, parce qu'on évite à la malade les dangers ultérieurs de l'inflammation, de la rupture ou de la torsion du pédicule; enfin et surtout, parce que tout kyste de l'ovaire est, si l'on peut aussi dire, un néoplasme en équilibre instable entre la bénignité et la malignité. Cohn (1) sur 658 kystes enlevés par Schröder en a trouvé 100 dégénérés en tumeur maligne, soit environ 16 pour 100. Leopold (2) en a compté 26 sur 116 (soit 22,4 pour 100). J.-B. Schultze (3) sur une petite série de 33 cas a trouvé 9 cas malins, soit 27 pour 100. Cette proportion est peut-être un peu élevée, parce que ces grands opérateurs ont vu surtout venir à eux les cas graves et difficiles. Cependant, on ne saurait douter qu'elle ne soit une indication de la fréquence de la *dégénérescence maligne* des kystes. Le travail de Ponpinel (4) conclut dans le même sens. Or, opérer un kyste déjà dégénéré, c'est faire une opération beaucoup plus grave (Cohn) et ne donner à la malade qu'un répit au lieu d'une guérison.

On devra toujours se méfier de cette transformation néoplasique lorsque la tumeur, longtemps stationnaire, aura subi un accroissement rapide et inattendu en quelques mois. Mais, alors même qu'on aurait pu en faire le diagnostic, il ne faudrait pas s'abstenir. Cohn a trouvé que sur 86 malades opérées dans ces conditions, 19,5 pour 100 étaient encore guéries au bout d'un an, et dans 5 cas la guérison s'était maintenue de 3 à 4 ans 1/2. Ces résultats ne permettent pas l'hésitation. Freund (5), dans un travail récent est arrivé aux mêmes conclusions. Une observation des plus remarquables de métastase péritonéale, dans un cas de kyste glandulaire, suivie de guérison par la laparotomie, a été publié par Runge (6). La femme avait 40 ans, la tumeur s'était développée en 5 mois, la cavité péritonéale contenait, partout répandues, des masses gélatineuses qui remplissaient aussi la poche. La guérison de cette tumeur, évidemment maligne, s'était pourtant maintenue depuis six mois.

Toutefois, il faut savoir que de cruels mécomptes peuvent attendre le chirurgien et une récidive à marche galopante

(1) Duplay. Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Annales de gynécol., t. XI, p. 208, 1879. Il est intéressant, pour se rendre compte des progrès si rapidement accomplis, de comparer les conclusions de ce mémoire avec celles exposées pa Chazan à la Société gynécologique de Dresde. Centr. f. Gyn. 1887, p. 454.

(2) Terrillon. Annales de gynécol. 1885, p. 426.

(1) Cohn. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XII, Heft 1, 1886.

(2) Leopold. Deutsche med. Wocheuschr. 1887, n° 4.

(3) G.-B. Schultze. Corresp. der allg. ärztl. Verein von Thüringen, 1887, n° 3.

(4) Poupinel. De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. Thèse de Paris, 1866.

(5) H.-W, Freund. Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1889. Bd. XVII. Heft. 1.

(6) Runge. Fall von glandulären Ovarialcystomen mit gelatinösem Inhalt und peritonealen Metastasen. Centr. f. Gyn. 1887, n° 15.

---

mencement du sixième est un compilateur, mais à l'aide de son ouvrage, dont le texte n'a pas encore été complètement publié, l'on peut compléter Oribase. Les éditions partielles d'Aétius, quoique fort rares, les plus importantes sont de 1534, 1535, 1542, renferment bien des incorrections et les traductions latines qui les accompagnent sont d'autant plus incorrectes. La dissertation inaugurale de M. Danelius ne contient que le VII° livre d'Aétius livre consacré à l'ophtalmologie et le texte grec mis à sa disposition, provient du conseiller Weigel qui avait préparé ce manuscrit, à l'aide de manuscrits analogues du même auteur. A la mort de Weigel, son travail échut à un de ses neveux, libraire à Dresde. Daremberg dans ses voyages en Allemagne apprit l'existence du manuscrit en question, mais il ne put se le procurer, le libraire déclarant qu'il était vendu depuis longtemps. C'est ce document que publie M. Danelius avec une traduction allemande. M. Hirschberg a revu le texte grec, sans avoir d'autres manuscrits sous la main et il a fallu sa profonde connaissance du grec ancien pour rendre, dans certains endroits, ce texte intelligible. Les éditeurs-traducteurs, pensent qu'il y aurait intérêt à publier une édition complète d'Aétius. C'était je crois aussi l'avis de Daremberg, qui avait pu collationner dans diverses bibliothèques différents manuscrits de cet ancien médecin.

D<sup></sup>r A. Dureau.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

*Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de juin* 1890 (année scolaire 1889-1890).

Conan. — Contribution à l'étude des corps mobiles articulaires du genou.

Buisson. — Etude sur les hydrocèles doubles.

Pierre. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre.

Lenoir. — Essai de parallèle entre la grippe et la dengue (contribution à l'étude de la récente épidémie d'influenza 1889-1890).

Bitot. — L'hystérie male dans le service de M. le professeur Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Chabrely. — Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles.

Audebert. — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive.

emporter l'opérée en quelques jours. Hofmeier (1) cite deux cas observés par lui où les opérées succombèrent ainsi, l'une 17 jours, l'autre 25 jours après l'ovariotomie. Dans le premier fait, on n'avait trouvé dans le péritoine, au moment de l'opération, aucune trace de généralisation, et cependant à l'autopsie la totalité de la séreuse était revêtue d'une couche de carcinome épaisse d'un travers de doigt, tout l'épiploon était converti en une masse dure et épaisse, si bien qu'il paraissait invraisemblable qu'on eût pu le trouver sain quelques jours auparavant. Dans le second cas, il y avait déjà un commencement de métastase péritonéale au moment de l'opération.

Il est impossible, ainsi que je l'ai dit, de séparer des kystes papillaires de l'ovaire les tumeurs solides appelées à tort papillomes et qui ne sont le plus souvent que des kystes papillaires rompus dans le péritoine. Dans cette dernière phase de leur évolution, les kystes papillaires, réduits à leur partie solide, entourée d'ascite provoquée par l'irritation du péritoine où ils déversent leur épithélium caduc, semant autour d'eux des débris qui se greffent au hasard sur la séreuse, ont véritablement accaparé le péritoine pour en faire une cavité kystique. Même à cette période, la laparotomie peut amener une guérison durable de ces tumeurs que les ovariotomistes considéraient, naguère encore, comme de véritables *noli me tangere* ; on pourrait établir un rapprochement entre ces effets inespérés et ceux qu'a donnés la laparotomie pour certaines péritonites tuberculeuses. Knowsley Thornton (2) a cité une guérison de ce genre datant de 9 ans. Léopold (3), de 2 ans ; Cohn (4), un cas de Schröder datant de 2 ans 1/2. Freund (5) a eu aussi des guérisons durables. Lomer (6) a rapporté un fait excessivement remarquable ; il existait des petites excroissances papillomateuses sur l'épiploon, où l'on put les enlever, et sur l'intestin sur le péritoine pariétal où on ne put les extraire ; la guérison s'était maintenue cinq ans après l'opération. J'ai moi-même (7) opéré un cas tout à fait analogue avec l'assistance de Terrier, il y a onze ans, et la malade est actuellement en parfaite santé. Il ne faut donc pas considérer ces lésions comme au-dessus des ressources de la chirurgie, bien que leur pronostic déjoue toute prévision, et soit sous la dépendance de facteurs jusqu'à ce jour inconnus.

L'âge du sujet ne saurait être une contre-indication. On a opéré avec succès des enfants très jeunes; Bell (8) a extirpé un kyste uniloculaire contenant huit pintes de liquide, chez une jeune fille de 13 ans. Heinricius (9) a fait l'ovariotomie et guéri une enfant de 12 ans. Balling (0) a opéré une enfant de 13 ans, Cameron (11) a publié une observation analogue.

(1) Hofmeier. Grundniss der gynäk. Operationen. 1888, p. 285.
(2) Knowsley Thornton. Obstetr. Transact., cité dans Schmidt's Jahrbücher Bd. CCXV. p. 257.
(3) Léopold. Deutsche med. Wochenschr. 1887, n° 4.
(4) Cohn. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XII.
(5) W. Freund. Loc. cit.
(6) Lomer. Doppelseitiges Papillom des Ovarium mit Ascites und ausgedehnter Infection des Peritoneum; dauernde Heilung durch Laparotomie (Centr. f. gyn., 1889, n° 52.
(7) S. Pozzi. Quatre ovariotomies, etc. Gaz. méd. de Paris., nov. 1879.
(8) Bell. Lancet, 1887, p. 418.
(9) Heinricius. Finska läkare sälsk handl. — Helsingfors. XXX. 8, p. 492.
(10) Balling. Hygiea XLIX. 12. p. 788.
(11) Cameron. Glagow med. Journal, 1888, t. XXXI, p. 1.

Polotehnoff (1) a fait l'ovariotomie chez une enfant de 9 ans. W. Mackenzie (2) a extirpé un kyste dermoïde à un enfant de 8 ans 1/2. R. C. Lucas (3) a opéré une enfant de 7 ans.

D'autre part, on a pu guérir par l'opération des femmes très âgées ; il faut toutefois se mettre alors en garde contre les fâcheux effets du décubitus prolongé (congestion pulmonaire hypostatique, eschares au sacrum) en faisant lever les malades et les maintenant assises de très bonne heure, selon F. Barnes. Johnson (4) a guéri une opérée de 64 ans. Davis (5) a publié un succès obtenu à l'âge de 65 ans, Pinnock (6) à 67 ans, Josephson (7) à 76 ans, Terrier (8) à 77 ans, Owens (9) à 80 ans, Hauffmann (10) à 82 ans, et Homans (11) à 82 ans et 4 mois.

*(A suivre.)*

## MÉDECINE

### ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

(*Suite*) (12).

OBS. IV (1867) Zenker (13). — En janvier, dans l'Institut d'Erlangen, on fit l'autopsie d'un cordonnier de 66 ans qui avait succombé à la pyohémie après une amputation de cuisse.

A l'ouverture du crâne, on constata vers la base du cerveau, une tuméfaction kystique.

Entourant la carotide gauche à sa partie antérieure et s'étendant jusqu'à la scissure de Sylvius, puis adjacent aux nerfs optiques et olfactifs, un kyste d'un diamètre de 15 millimètres se montrait à la base de l'encéphale. Ses parois, très minces, de forme irrégulières, transparentes, présentaient intérieurement un corpuscule gris, oblong, mobilisable, long de 9 millimètres et demi. Arachnoïde légèrement blanchâtre. Ce corpuscule était une tête de tænia avec ses ventouses et sa couronne complète de crochets. A la surface du corps strié gauche, kyste séreux dépourvu de tête, du volume d'un pois, situé au voisinage de l'épendyme un peu blanchâtre à cet endroit. Pas d'autres cysticerques. On ignore les symptômes que les parasites ont pu déterminer ici.

(1) Polotebnoff. Ejened klin. Gaz. St-Pétersbourg. 1887, p. 209.
(2) Wm G. Mackenzie. Dublin journal of med. Science, octobre 1888.
(3) R.-C. Lucas. Med. Press. and Circular. Londres. 1888, XIV, p. 459.
(4) Johnson. Virgina med. Month. Richmond, 1888, XV, p. 644. La tumeur pesait 63 livres.
(5) Davis. Bristish med. Journal, 1887, III p. 1050.
(6) Pinnock. Australian med. Gazette. Sydney, 1887, VII, 158.
(7) Josephson. Centr. f. Gyn. 1889, n° 47.
(8) Terrier. Progrès médical, 1888, n° 24 ; il s'agissait dans ce cas non de kystes, mais de fibromes des ovaires.
(9) E.-M. Owen. British. gynec. Londres, 1888, IV, 38.
(10) Hoffman. Medic. Record, 5 mai 1888. La tumeur était un kyste multiloculaire avec végétations papillaires ; poids du liquide, 13 livres ; poids des parties solides, 1 livre 3/4. L'opération avait été indiquée par de grandes douleurs.
(11) J. Homans. Boston med. and surg. Journal, 1888, CXVIII, p. 544.
(12) Voir les deux numéros précédents.
(13) Zenzer. Loc. cit.

Obs. V (1879). Zenker (1). — En novembre, le Dr Neukirch, de Nüremberg fit l'autopsie d'un homme de 52 ans, mort subitement. Originaire d'une famille saine, il avait durant sa jeunesse joui d'une bonne santé. A 34 ans, épilepsie qui alla décroissant jusqu'à 42 ans pour disparaître ensuite. La mort survint et l'autopsie fit constater une hémorrhagie des noyaux lenticulo-optiques avec irruption dans le ventricule latéral gauche.

Entre le cervelet et la moelle allongée, pénétrant jusqu'au quatrième ventricule et soulevant un peu le cervelet, se trouvait une vésicule de la grosseur d'une noix, à parois minces, d'un brun sale. Après son ablation, on constata dans la molle allongée, une dépression profonde de quelques millimètres et représentant la forme de la vésicule. Sur un point de la paroi, on voit une tête de tænia bien conservée, avec ventouses, couronne de crochets et nombreux corps calcaires. Sur l'artère sylvienne droite, on trouvait réunies par *un même pédicule*, cinq petites vésicules de la grandeur d'une petite fève, tendres et blanchâtres qu'on put facilement détacher. L'examen microscopique donna la structure ordinaire des vésicules de cysticerque. On ne put pas constater la présence d'une tête.

Obs. VI (1878) Zenker (2). En janvier, le Dr Roth, de Ramberg, nous envoya cinq vésicules qu'il avait trouvées à l'autopsie d'un homme de 40 ans. Elles étaient libres dans les espaces sous-arachnoïdiens, faciles à détacher. Comme le démontre la figure (voir Zenker loc. cit.), elles sont de forme tout à fait irrégulière, riches en saillies, affectent en plusieurs endroits la disposition en grappe. La plus grande de ces vésicules, désignée par la lettre *a* sur le dessin, contient une tête de tænia, visible à l'œil nu, offrant au niveau d'une partie plus foncée, deux ventouses et sa couronne de crochets. Les autres vésicules ne contenaient pas de tête. Pas de symptômes appréciables.

Obs. VII (résumée) (1858) Virchow (3). — Femme adulte trouvée sans connaissance et morte dans le coma. A l'autopsie, grandes hydatides en forme de grappe dans les espaces sous-arachnoïdiens de la base du cerveau, surtout au pourtour du Pont de Varole et de la moelle allongée, et s'étendant de là dans la scissure de Sylvius et le long de la base de l'hémisphère cérébral droit.

Obs. VIII (résumée) (1859). Virchow (4). — Idiot, porteur de malformations crâniennes et cérébrales. Même hydatides en grappe à la base du cerveau, s'étendant du Pont de Varole et de la moelle allongée jusqu'aux méninges qui recouvrent le 4e ventricule, remontant même jusqu'à la face supérieure du cervelet.

Dans un de ces cas (Virchow ne dit pas lequel) se trouvait en outre un cysticerque calcifié enclavé dans le corps strié.

Obs. IX (résumée) (1879). Virchow (5). Le 13 décembre 1871, dans l'Institut pathologique de Berlin, on trouve, au niveau de la pie-mère de la base du cerveau, chez une femme inconnue, morte d'asphyxie, un cysticerque en grappe situé à l'entrée de la scissure de Sylvius. Les branches de ce cysticerque se terminaient en boules du volume d'un noyau de cerise ou d'une tête d'épingle. En aucun autre endroit on ne trouva de cysticerques.

Obs. X (résumée) (1875). G. Merkel (6). — Ouvrière de 23 ans, auparavant bien portante. Depuis quelque temps, violente céphalalgie. Au cours d'un paroxysme, on veut la transporter à l'hôpital. Elle est prise d'un véritable accès de furie et meurt en chemin.

A l'autopsie, autres organes normaux en dehors de l'encéphale. Anémie cérébrale. Légère hydrocéphalie interne. Sur les tubercules quadrijumeaux, tumeur comme une petite noisette qui consiste en cinq ou six kystes à contours élégants, transparents, grands comme un petit pois et réunis en grappe; vésicule caudale grande comme la moitié d'une fève. Dans un des kystes, petit point, gros comme une tête d'épingle, blanc, qui, examiné au microscope, laisse reconnaître une très belle tête de tænia avec 29 crochets adhérents et 2 détachés.

(1) Zenker. Loc. cit.
(2) Zenker. Loc. cit., fig. 8 de grandeur naturelle.
(3) Virchow, Rodolph. Loc. cit.
(4) Idem.
(5) Virchow, Rudolph. Loc. cit.
(6) Voir le livre de Heller (loc. cit.) où cette observation est rapportée.

Obs. XI (1878). Marchand (1). — Traduite par M. Sternberg, interne à l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux. — K..., charpentier, âgé de 52 ans, étudié dans la clinique de Weber à Halle. Bonne santé antérieure. Il y a dix ans, cet homme fut atteint d'hallucinations, d'angoisse précordiale et de frayeur. En même temps, forte congestion cérébrale. Néanmoins, après une bonne nuit, tous ces phénomènes avaient disparu. Retour à la santé.

Peu de temps après, le malade ressentit des douleurs térébrantes dans les fesses; il ne pouvait ni marcher ni se tenir debout, ni même remuer les jambes, tous symptômes qui disparurent peu à peu. Il y a deux ans, il fut atteint, pendant son travail, de céphalalgie frontale et temporale, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de faiblesse dans les articulations, de malaises allant jusqu'au vomissement. Tous ces accidents reparaissaient à des intervalles irréguliers de trois semaines à trois mois. Dans l'hiver 1876-77, ils augmentèrent d'intensité et de fréquence. En 1876, le malade aurait eu de la diplopie pendant les accès, mais celle-ci disparaissait avec les autres symptômes quand le malade avait vomi et surtout quand il s'était couché. En automne 1877, son état se serait amélioré. Ses accès étaient plus rares et moins forts; la diplopie disparut elle aussi à partir du mois d'août jusqu'au commencement du mois d'octobre.

Le 1er décembre 1877, le malade fut réveillé par des douleurs très vives et remarqua qu'il était frappé de cécité à ce point qu'il ne pouvait voir la lumière posée sur sa table. Le jour suivant, l'œil gauche récupéra la vision, mais douleur de tête, vertiges, douleur à la nuque persistèrent. L'œil droit s'améliora mais moins que le gauche. Ceci se reproduisit plusieurs fois. Le malade affirme qu'il s'évanouissait en allant à la selle. Il évitait de marcher pour ne pas avoir d'accès.

Les douleurs de tête se localisèrent peu à peu dans les régions temporo-occipitales. La vision disparut entièrement du côté droit et le malade ne distinguait que du brouillard devant l'œil gauche. Anosmie également à droite.

Durant toute sa maladie, contractures légères des deux bras. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité durant les accès. Au plus fort de sa crise, il se rendait compte de sa situation. Pas de constipation. A son entrée, le 9 janvier 1878, homme bien constitué, fort. Il se trouvait dans un état de somnolence qui ne l'empêchait cependant pas de répondre exactement aux questions qui lui étaient posées. Ouïe et phonation intactes. Les yeux étaient sans expression. L'acuité visuelle égale à 0 du côté droit, permettait à gauche les sensations lumineuses. L'examen ophtalmoscopique, pratiqué par le professeur de Græfe, a dénoté une légère atrophie de la papille droite. Odorat diminué des deux côtés, principalement à droite. Goût normal. Sensibilité et motilité intactes. A part le système nerveux tous les autres organes étaient sains.

Pendant le séjour du malade à la clinique, plusieurs accès se reproduisent aussi bien pendant le jour que pendant la nuit. Des contractures intéressaient les bras et les jambes. On pouvait aussi observer des symptômes de paralysie des muscles de l'œil avec dilatation pupillaire à droite. Ces paralysies survenant pendant les accès duraient de vingt minutes à deux heures, puis disparaissaient complètement.

Au commencement de janvier, le malade devint apathique; la mémoire diminua, la marche et la parole hésitèrent sans qu'il y

(1) Marchand. Loc. cit.

eût des troubles de la sensibilité ou de la motilité. La pupille droite resta dilatée.

Le 16 février, on constatait, depuis quelques jours, des contractures intenses dans les deux membres supérieurs. A 11 heures du matin ptosis de l'œil droit qui était complètement immobilisé. A 6 heures et demi du soir, cette paralysie avait complètement disparu avec les contractures. La parole était plus libre, les réponses arrivaient plus rapides et plus claires, la langue tremblait moins.

Le 19, on trouva le malade couché sur le ventre, la figure violacée : il était mort.

A l'autopsie, pratiquée le 19 février à midi, sang noir dans le cœur, congestion et œdème pulmonaires, congestion du foie et des reins.

Voûte du crâne régulière ; épaisseur normale. Peu de sang à la surface interne lisse ainsi que les fosses de Pacchioni.

Dure-mère tendre. Sinus longitudinal presque vide. Surface interne de la dure-mère lisse et polie.

Hémisphères cérébraux affaissés. Les vaisseaux de la pie-mère contenaient peu de sang à l'encontre des sinus qui étaient pleins. La consistance du cerveau est molle, rénitente. A la base, on voit proéminer, au voisinage du chiasma, une poche transparente, rétrécie en avant, de la grosseur d'un œuf de pigeon, refoulant plus à droite qu'à gauche les parties voisines. Considérée par sa face inférieure, elle a gagné l'origine de l'olfactif droit, a repoussé en arrière le chiasma mou et aplati. Nerf optique droit profondément modifié. Si on enlève cette poche, on voit qu'elle se compose de deux kystes, dont l'un, de deux à deux centimètres et demi de diamètre, a une forme arrondie et dont l'autre, plus irrégulier et plus grand, possède des prolongements qui lui donnent l'aspect d'une grappe. Ces kystes semblent libres de toute adhérence, car ils se laissent détacher sans effort de la pie-mère. Après leur ablation, on constate, au voisinage de l'olfactif droit, une cavité ronde, lisse, de la grosseur d'une noisette, s'étendant en arrière, jusqu'à l'espace perforé antérieur. Le fond de la cavité est jaunâtre, ramolli. Les deux fosses de Sylvius, tapissées par la duremère, laissent voir, s'enfonçant dans la substance cérébrale, des kystes semblables, à parois minces, contenant un liquide aqueux. Entre les mailles de la pie-mère, épaissie au voisinage du Pont de Varole, on remarque aussi de petits kystes. Un semblable au voisinage de la voûte du quatrième ventricule, sur la surface de la moelle allongée. Les côtés de cette dernière en présentent un second, long de trois à quatre centimètres, qui descend dans le canal vertébral.

En tirant sur ces poches, on s'aperçoit qu'elles s'étendent sur une longueur de plusieurs centimètres dans les mailles de la piemère. Lorsqu'on les plonge dans l'eau, leur surface se montre très irrégulière, parsemée de prolongements ronds ou allongés, reposant sur la pie-mère, élargis et remplis d'un liquide clair dans leur portion libre. Leur aspect est opalin. Ces prolongements sont de véritables canaux de plusieurs centimètres de long, tapissés par une membrane lisse, résistante ; ils sont lobulés. On les suit entre le cerveau et le cervelet, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Même aspect dans les scissures de Sylvius où les canaux sont épaissis et entourés d'une infiltration jaunâtre et gélatineuse.

Dans les points ci-dessus nommés et surtout dans les fosses de Sylvius, on trouve encore de petits nodules ronds, du volume d'un petit pois à un noyau de cerise. Ils adhèrent à la pie-mère épaissie, ou bien affectent des rapports avec les vaisseaux ou les dépressions de la voûte crânienne dont on peut les séparer sans difficulté. Ces nodules ont la structure de cysticerques non encapsulés à leurs différents stades. Sur l'un des plus grands (qui, après examen, était un cysticerque dévaginé), on voyait les restes d'une poche déchirée, de couleur jaunâtre, d'environ un centimètre de long, mais *paraissant avoir appartenu à une grosse vésicule*. Un nodule semblable, du volume d'un pois et situé dans une cavité globuleuse, se remarque sur le milieu du nerf olfactif gauche.

Un certain nombre de ces globules se trouvent sur la pie-mère de la convexité du cerveau, principalement sur l'hémisphère gauche. Ils sont situés dans des cavités globuleuses de l'écorce cérébrale. La pie-mère se laisse difficilement détacher à la surface du cerveau, elle est épaissie dans les sillons, autour des cysticerques.

La substance cérébrale, de chaque côté de la scissure interhémisphérique, est colorée en jaune, sur l'étendue d'une pièce de deux francs, et ramollie. Sur le bord inférieur du lobe temporal, foyer de ramollissement. Le nombre de cysticerques qui se trouvent sur la face supérieure du cerveau est de vingt environ. Les deux ventricules latéraux, gonflés chacun par deux cuillerées à soupe environ d'un liquide clair, offrent des plexus gorgés de sang, et renfermant des kystes transparents, de la grosseur d'un pois. Aqueduc de Sylvius sain, ainsi que le quatrième ventricule. Substance cérébrale pâle, humide, sensiblement ramollie.

Dans le corps strié, corps rond du volume d'un pois (cysticerque mort, à l'examen).

Dans la moelle et ses enveloppes, à part un épaississement ossiforme de la grandeur d'une lentille sur l'arachnoïde, rien de particulier à noter.

Les poches, éminemment variables par leur forme, jouissent d'une assez grande élasticité. Les plus grandes ont une longueur de 7 à 8 centimètres. La plupart présentent la forme d'un tube composé d'un tissu consistant et ayant un aspect opaque et blanchâtre. Cette masse est infiltrée de globules graisseux. Ces poches se remarquent surtout par la présence de vésicules filles. La première couche de celles-ci, visible au microscope, représente un groupement de vacuoles de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une cerise au niveau de la paroi. Elles sont sessiles ou pédiculées. Sur ces vésicules secondaires se forment, de la même façon, des vésicules tertiaires, d'où il suit que, lorsque la prolifération devient très active, l'ensemble constitue une *grappe*.

L'examen microscopique de la paroi des poches ne révèle aucune trace de striation, mais bien de fines granulations mêlées à des noyaux plus gros. La face externe, lisse ou légèrement villeuse, offre, au voisinage du pédicule, et sur celui-ci, des saillies globuleuses disposées côte à côte, à peine séparées par de petits intervalles. Sur un grand nombre de poches on voit des corps calcaires concentriques faisant effervescence si on les traite par un acide : il reste cependant, après, un corps organique stratifié. Ces corps peu nombreux sur quelques poches, fourmillent sur d'autres ; ils ne sont pas toujours ronds ou ovales, mais anguleux. Entre eux d'autres formations sans composition calcaire, se colorent par le carmin. Jamais d'adhérences de ces poches avec la pie-mère dont on les dégageait sans rencontrer de résistance. Point d'adhérence non plus du kyste avec la poche au milieu de laquelle il était libre, sauf dans quelques cas : aussi croyons-nous que l'adhérence devait exister chez les autres primitivement. Il faut noter que chez ces derniers, le pédicule souvent tordu sur lui-même, présentait une extrémité déchiquetée et comme déchirée, ou bien, si celui-ci manquait, le kyste que l'on voyait simplement à l'œil nu n'était qu'une partie détachée d'un plus grand.

Cette observation si complète et si bien exposée méritait d'être transcrite in extenso.

Obs. XII (résumée) (1879), Marchand (1). — Ouvrier de 30 ans, se trouvant, depuis trois semaines, à l'Hôpital de tous les Saints, de Breslau, pour une céphalalgie persistante et remontant à un an. Coma subit suivi de mort après quelques jours.

A l'autopsie, outre l'emphysème pulmonaire qui résultait de la gêne respiratoire des derniers jours, on constata : vers la base du cerveau, au niveau du Pont de Varole et des deux côtés du cervelet, en avant, sur le chiasma, de nombreuses vésicules pénétrant à

(1) Marchand. Loc. cit.

gauche dans la scissure de Sylvius. Une partie d'entre elles était gonflée par un liquide aqueux, les autres parties étaient flasques. Elles se caractérisaient par leur grande irrégularité et leurs nombreuses bosselures. Compression de la face inférieure de la protubérance et de la moelle allongée. Ventricules latéraux distendus par de la sérosité. Au milieu des nerfs de la queue de cheval, deux vésicules plus grandes qu'une fève. Pas d'autres cysticerques ni de tænia.

Obs. XIII (résumée) (1880). Marchand (1). — Veuve de 46 ans, toujours bien portante avant l'affection cérébrale actuelle, caractérisée par de la céphalalgie survenue dix-huit mois à peu après avant la mort, des accès de défaillance, de l'amnésie, de l'insomnie. Pendant son traitement à l'Hôpital de tous les Saints, de Breslau, l'affaiblissement intellectuel alla croissant jusqu'à la démence, parfois avec accès de stupeur durant des minutes. On nota aussi de la rigidité de la tête, des douleurs à la nuque et à la région dorsale, des troubles de la marche qui devint mal assurée, de l'hémiparésie faciale gauche. Puis exophthalmie, opisthotonos. Elle mourut dans le coma, d'une pneumonie lobulaire double. L'autopsie, outre la pneumonie lobulaire et le catarrhe des bronches, montra, à la base du cerveau, entre la protubérance et le chiasma, et dans la scissure gauche de Sylvius, plusieurs vésicules plus grandes qu'une noix, à parois tendres et formant des saillies qui pénétraient en partie dans la substance cérébrale. Ventricules latéraux pleins de sérosité. Pas d'autres kystes.

Obs. XIV (résumée). Klob (2), cité par Heller (3). — Chaudronnier, 54 ans. Début de la maladie il y a deux ans par des douleurs rhumatoïdes dans les muscles, de la lourdeur des extrémités, de l'affaiblissement de la mémoire. Trois semaines environ avant la mort, station debout impossible. Mobilité des membres supérieurs diminuée. Le malade parle lentement, reste taciturne, devient *dur d'oreille*. Puis, insomnie constante, contracture du bras droit.

A l'ouverture du crâne, on voyait une vésicule affaissée, à parois très délicates, remplissant le ventricule latéral gauche distendu; elle aurait eu la grosseur d'une pomme. Sur la face interne de la paroi, petit corpuscule de 0,015 millim., véritable pédicule affectant l'apparence d'une S, prenant bientôt l'aspect d'un tissu blanchâtre auquel s'attachaient trois kystes gros comme des fèves. A l'intérieur de ces masses vésiculaires, on démontra microscopiquement la présence des crochets de tænia armé. Vis-à-vis de cette formation complexe, un pédicule de 4 millimètres s'avançait en dehors de la paroi externe du grand kyste, pour se terminer par un renflement du volume d'une fève. Ventricule latéral droit très élargi. Hémorrhagie ponctiforme sur les tubercules quadrijumeaux antérieurs et les pédoncules cérébraux.

Obs. XV (résumée). Klob (4), cité par Heller (5). — Femme, 43 ans. Pas d'affection cérébrale antérieure. Après une frayeur intense, céphalalgie violente. Au bout de quelques jours, attaques épileptiformes, surtout du côté gauche, se reproduisant plusieurs fois. Le septième jour, après une crise de convulsions, hémiplégie gauche disparaissant le lendemain. Finalement, phénomènes d'excitation cérébrale, de véritable furie, après quoi collapsus terminal.

A l'autopsie, trois kystes indurés, à la périphérie de l'hémisphère droit; deux d'entre eux sont calcifiés. A la partie postérieure de la substance blanche du même hémisphère, cavité, l'une de la grosseur d'une noix, l'autre d'un pois : leur intérieur était lisse. Une vésicule très tendue, gonflée par un liquide clair, remplissait la première. Cette vésicule communiquait avec une poche irrégulièrement arrondie, affaissée, en partie calcifiée et située dans la petite cavité. Cette dernière formation était un cysticercus cellulosæ calcifié. Hydrocéphalie médiocre.

Ces deux cas de Klob ne nous semblent pas très convaincants. Dans le premier, le développement endogène de vésicules secondaires fait songer aux kystes hydatiques : cependant, des *crochets de cysticerque* furent rencontrés dans le liquide. Dans le second, il s'agit d'une production en grappe *intra-cérébrale*, particularité déjà signalée par Virchow, sur une femme morte de pellagre à l'hôpital de Milan (1), et à l'autopsie de laquelle on trouva dans le cerveau, des cysticerques ramifiés; mais particularité sortant du cadre habituel des autres observations. Cependant les caractères du cysticercus cellulosæ, figurant en partie dans ces deux faits, nous les ajouterons aux autres, tout en faisant quelques réserves sur leur réalité.

Obs. XVI (1). Westphal (2). (Résumée). — Femme Gr..., âgée de 48 ans, atteinte depuis une époque indéterminée, de phénomènes épileptiformes, de vertiges, de douleurs fulgurantes aux mains et aux jambes. Troubles visuels, sensation de tapis, diplopie. Plus tard, parésie des quatre extrémités sans altérations de la sensibilité, surdité gauche, troubles vésicaux.

A l'autopsie, emphysème sous-cutané.

*Moelle*. Dans la région lombaire, et au niveau de la queue de cheval, sont un grand nombre de vésicules tout à fait mobiles qui, pour la plus grande partie, ressemblent à des œufs comme forme. Elles ont le volume d'un pois à une fève. Leur enveloppe tendre, hyaline, cache un liquide aqueux. Beaucoup de ces vésicules sont *reliées par un pédicule*; d'autres sont *plissées* et *frangées*. Ces pédicules et ces franges, situées dans les mailles de l'arachnoïde, flottent librement pour la plupart. Dans les régions cervico-dorsales et en avant de la moelle, ces vésicules sont incluses dans les tissus voisins. Pas d'altérations médullaires ou méningées constatables par l'examen microscopique.

*Cerveau*. Derrière le sillon de Rolando, une vésicule qui gagne la scissure de Sylvius.

A la base, nombreuses vésicules sous l'arachnoïde, au-dessus de la selle turcique. Leur volume égale celui d'une noix.

Amas de vésicules dans les deux scissures de Sylvius. Vésicules assez fortement développées à la face inférieure de la protubérance, et des deux côtés de la moelle allongée entre les racines nerveuses.

Toutes ces vésicules reposent, pour le plus grand nombre, libres de toute adhérence, sur l'arachnoïde. Cependant, dans la scissure de Sylvius droite, gît une masse rugueuse, épaisse, de la grandeur d'un œuf de pigeon, assez fortement attachée à la surface de l'hémisphère, et qui communique vers le haut avec une vésicule placée derrière le sillon de Rolando.

Au-dessous du *vermis superior*, masse rugueuse, plissée, membraniforme, unie étroitement à l'épendyme. Conheim trouva une tête de tænia armé dans une vésicule contenue dans le quatrième ventricule. Les autres productions étaient des acéphalocystes.

Cet exemple confirme le plus grand nombre des précédents. L'abondance des vésicules isolées dans la moelle et l'encéphale paraît s'expliquer, pour Marchand, grâce à l'étranglement des diverticulums vésiculaires antérieurs. Cette hypothèse aurait besoin d'être démontrée.

Obs. XVII (résumée, 1835). Louis (3). — Malade mort de tuberculose pulmonaire. Il n'avait pas présenté de troubles du système nerveux.

(1) Marchand. Loc. cit.
(2) Klob. Cysticercus cellulosæ im Gehirn. Wiener med. Woch., 1867, n° 8, s. 115, n° 9, s. 129.
(3) Heller. Loc. cit.
(4) Klob. Loc. cit.
(5) Heller. Loc. cit.

(1) L'autopsie fut faite par Cohnheim dans le service de Griesinger à Berlin.
(2) Cysticercen des Gehirns und Rückenmarks.
(3) Calmeil. Encéphale. Dict. en 30 vol. Paris, 1835.

*Autopsie*. A la partie supérieure et sur les côtés du cerveau, on voyait, au-dessous de la pie-mère, une vingtaine de vésicules qui dépassaient les circonvolutions d'une ligne ou d'une ligne et demie environ; le reste était enfoncé dans la substance cérébrale demeurée parfaitement saine à leur pourtour. Ces vésicules avaient une forme arrondie et des dimensions variées. Trois, du volume d'une noisette, uniformes à leur surface, offraient une espèce de pédicule d'où partait une membrane blanchâtre et opaque, qui ne recouvrait pas l'hydatide dans toute son étendne. Celle-ci était formée par une membrane molle et mince contenant un fluide qui troublait un peu l'eau. Les autres hydatides avaient la même structure, étaient un peu plus considérables, plus opaques et *plus ou moins bosselées ce qui donnait à quelques-unes d'entre elles l'aspect d'une mûre*. Cerveau injecté. Ventricules latéraux, protubérance et cervelet dans l'état naturel. (Louis, recherches sur la phthisie, page 161.) Calmeil conclut qu'il s'agissait ici de *cysticerques*.

Clémenceaux, dans sa thèse sur les entozoaires du cerveau humain (Paris 1871), voit dans cette observation un exemple de cœnure cérébral. Les bosselures de la paroi cystique lui paraissaient devoir être expliquées par la présence de têtes multiples. Il a été induit en erreur.

Obs. XVIII (résumée). Arau (1). — Le 23 mai 1840, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Landolt, âgé de 53 ans, tourneur en cuivre. Cet homme, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait d'excès. Il se portait bien lorsque, vers la fin du mois de décembre dernier, il fut pris de perte de connaissance suivie d'hémiplégie droite qui disparut après une saignée. Le 22 mai 1848, nouvel ictus avec monoplégie brachiale gauche. Saignée. Le lendemain, la paralysie gauche diminue. Sensibilité et intelligence intactes. Pouls à 76, le 25 mai, délire; le 26, saignée; le 29, saignée; le 30, délire; le 31, délire, sangsues.

Le 1er juin, attaque épileptiforme, coma, mort.

Autopsie quarante heures après la mort.

Le réseau veineux de la dure-mère est très développé; la cavité de l'arachnoïde ne contient que peu de sérosité; injection manifeste de la pie-mère sur toute la surface de l'organe encéphalique. En enlevant la pie-mère, du côté gauche, on entraîne de petites vessies, transparentes ou demi-transparentes, qui sont logées dans les anfractuosités du cerveau, et qui, pour la plupart, se sont creusées une cavité dans la substance cérébrale même; la cavité qu'elles se sont creusées est lisse, polie, et paraît dépendre plutôt d'un écartement que d'une solution de continuité des fibres cérébrales; les cavités dans lesquelles elles se sont logées ne contiennent point de liquide, et il est impossible de détacher des parois de cette cavité une membrane, s'il en existe. Du côté droit, on en enlève encore quelques-unes en détachant la pie-mère. Toutes ces vésicules contiennent dans leur intérieur un liquide et au centre, un petit point blanc suspendu, qui, examiné au microscope ne présente ni tête, ni suçoir, ni prolongement caudal. Il peut y en avoir à peu près une douzaine dans la pie-mère. Après avoir détaché la pie-mère, on aperçoit, à la surface des hémisphères, plus du côté gauche que du côté droit, et au sommet des circonvolutions, des petits points transparents qui ne sont autres que des acéphalocystes qu'on dégage en creusant autour d'elles. Ces hydatides qui n'ont que la grosseur d'un pois sont isolées pour la plupart. A peine deux ou trois *sont formées par l'agglomération* de plusieurs vésicules.

Cerveau injecté, des coupes montrent quelques acéphalocystes à droite surtout.

Un dans chaque ventricule latéral; un encore dans la couche optique gauche.

Ici, comme dans le 1er cas de Marchand, le corps calcaire trouvé au centre du kyste représente probablement *une tête dégénérée et méconnaissable de tænia*. Quant à la forme en grappe, elle nous semble indiquée par les mots « agglomération de plusieurs vésicules». Cette idée de l'accolement de deux vésicules avait donné le change à Laënnec lui-même. Dans son mémoire sur les vers vésiculaires (1) il cite l'histoire d'un homme de 60 ans, qui, après des céphalalgies violentes, mourut d'apoplexie, et, à l'autopsie duquel, entre autres cysticerques recueillis dans la couche optique gauche de l'hémisphère droit, ainsi que dans le grand et petit pectoral, les muscles de l'abdomen, des jambes et des bras, le foie, on en rencontra un possédant deux ampoules terminales. Nous croyons qu'on avait affaire, non à une moustruosité par accolement, ainsi que le veut Moquin-Tandon (2), mais bien à une variété de cysticerque ramifié.

(1) Aran. Arch. gén. de méd., 1841.

*(A suivre.)*

## REVUE DES JOURNAUX

### ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES.

I. — Sur les exanthèmes chloraliques, par le Dr Von Friis. *Hospitals-Tidende*, 1890, n° 20. *Analysé in Deutsche Medizinal Zeitung*, 1890, n° 56.

II. — Un cas d'exanthème iodique, par le Dr Kaempfer, de Breslau. *Centralblatt für Klin. Medicin.*, 1890, n° 6.

III. — Effets accessoires facheux de la créoline, par le Dr Borehmeyer. *Der praktische Arzt.*, 1890, n° 2.

IV. — Sur l'eczéma consécutif a l'emploi de la créoline, par le Dr Wackez. *Therapeutische Monatshefte*, 1889, n° 6.

V. — Idiosyncrasie contre le tannin employé en applications externes, par le Dr Lange. *Hospitals-Tudende*, 1890, n° 5, et *Deutsche Medic. Wochenschrift*, 1890, n° 1, p. 11.

VI. — Un nouveau cas d'idiosyncrasie contre le tannin employé en applications externes, par le Dr Schramm. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 12, p. 250.

I. — Les exanthèmes qui se développent sous l'influence de l'administration interne du chloral sont d'habitude fugaces et très bénins. M. Friis a réuni une série d'exemples d'exanthèmes chloraliques qui se caractérisaient par une grande persistance et par une gravité relative. Il s'agit de faits observés à l'hôpital communal de Copenhague, dans le courant des dix dernières années.

L'exanthème, dans ces faits, revêtait la forme papuleuse ou vésiculeuse. Il avait pour siège de prédilection la face, le cou, le dos, le pourtour des grosses articulations, les membres du côté de l'extension. Quand elle revêt son maximum de gravité, l'éruption est généralisée, voire qu'elle envahit les muqueuses. Elle débute habituellement à la face, par des papules, pour s'étendre ensuite au tronc et aux membres; elle affecte une disposition symétrique, sans suivre d'une façon précise le trajet de certains nerfs. Peu à peu, les papules deviennent confluentes, principalement à la face. L'éruption est annoncée par des démangeaisons qui ne persistent pas ensuite. Elle s'accompagne d'un malaise général (prostration, anorexie, etc.). L'élévation de la température interne est de règle; elle peut aller jusqu'à 40°. Les choses durent ainsi une huitaine de jours en moyenne, puis l'éruption s'efface progressivement, avec desquamation plus ou moins abondante.

L'exanthème offre une grande ressemblance avec celui de la rougeole, avec lequel on est exposé à le confondre. Chez quelques malades, il était apparu après ingestion de quelques

grammes seulement de chloral, mais, le plus souvent, il ne se développe qu'après un usage prolongé de ce médicament.

II. — Une femme de 42 ans, qui présentait des accidents en rapport présumé avec une syphilis cérébrale, se trouvait en traitement dans le service du professeur Rosenbach, de Breslau. En l'espace de quatre semaines, on lui avait fait absorber 80 grammes d'iodure de potassium. Tout à coup, elle fut prise de fièvre, et ses téguments furent envahis par des plaques d'infiltration qui étaient extrêmement douloureuses à la pression. A leur niveau, la peau était tendue et rouge. Ces plaques étaient surtout nombreuses aux membres inférieurs.

Sous l'influence de pansements à la pommade boriquée, l'exanthème s'effaça très rapidement. La médication iodurée, qui avait été suspendue, fut reprise sous forme de suppositoires; aussitôt, l'éruption se reproduisit, pour, de nouveau, disparaître lorsqu'on eut encore renoncé à l'emploi de l'iodure de potassium.

Les recherches bibliographiques auxquelles s'est livré l'auteur ne lui ont fait découvrir que deux faits analogues au sien.

III. — A plusieurs reprises, il a été rendu compte, dans ce journal, des accidents consécutifs à l'emploi de la créoline, accidents imputés à la présence, dans ce remède secret, de l'acide phénique et de ses dérivés. M. Borehmeyer relate l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2, qui avait eu l'index pris dans les rouages d'une machine à battre en grange. Il en était résulté une contusion assez sérieuse de la phalangine, suivie de la chute de l'ongle. M. Borehmeyer se servit, pour les pansements, d'une solution de créoline à 1 1/2 0/0. Or, au quatrième jour, le doigt malade se recouvrit d'une foule de vésicules, les unes petites, les autres plus volumineuses, qui crevèrent spontanément, donnant issue à un liquide jaunâtre. Cette éruption s'étendit peu à peu à toute la main.

On suspendit l'emploi de la créoline, et on fit des applications de la pâte anti-eczémateuse de Lassar. L'éruption guérit très rapidement pour se reproduire après une nouvelle application de créoline. On eut de nouveau recours à l'emploi de la pâte anti-eczémateuse. L'éruption disparut de nouveau très rapidement, pour ne plus se reproduire, le doigt ayant été pansé ensuite avec de l'eau blanche.

IV. — M. Wackez rend compte de 17 cas d'affections chirurgicales traitées par la créoline. Dans 10 de ces cas, la guérison s'est faite par première intention; dans 7, le pansement à la créoline a occasionné de l'eczéma, de l'érythème, des éruptions vésiculeuses, avec desquamation de la peau sous forme de vastes lamelles. En même temps, les malades ont présenté des troubles de l'état général, qui ont fait supposer qu'on se trouvait en présence d'une intoxication par le phénol. Les résultats fournis par les examens d'urine ont corroboré ces présomptions. M. Wackez conclut que chez ses malades, les accidents notés ci-dessus étaient en rapport avec la présence de phénols irritants, autres que l'acide phénique. Des expériences de contrôle faites avec des solutions phéniquées à 3 0/0 n'ont donné que des résultats négatifs.

A noter que les faits en question concernaient des enfants, c'est-à-dire des sujets particulièrement susceptibles à l'action délétère de l'acide phénique et de ses dérivés.

V. — M. Lange relate le cas d'un malade qui, s'étant badigeonné la muqueuse de l'arrière-gorge avec une solution de tannin au 1/15, présenta des accidents locaux et généraux très bizarres : tuméfaction de la muqueuse du pharynx, œdème du palais et de la luette, légère dyspnée, démangeaisons par tout le corps, éruption d'urticaire marquée surtout aux bras, grande prostration. Le lendemain, tous ces accidents s'étaient dissipés. Le malade racontait que précédemment, à deux reprises, il avait présenté les mêmes phénomènes, après avoir fait usage de préparations tanniques; il s'agissait donc, chez lui, d'une idiosyncrasie caractérisée par une susceptibilité spéciale à l'action du tannin, et ayant donné lieu à une véritable intoxication.

M. Lange ajoute qu'il a observé une idiosyncrasie du même genre, qui se traduisait par une intolérance excessive pour l'iode. C'était chez un confrère syphilitique, affecté d'un catarrhe chronique du pharynx. M. Lange lui badigeonna la muqueuse de l'arrière-gorge avec de la glycérine iodo-iodurée (1 + 2 + 100). Au bout de quelques minutes, le confrère fut pris de violents éternuements, suivis d'un état de malaise général tel que le malade eut toutes les peines du monde à rentrer chez lui. Pendant toute la journée il se trouva dans l'impossibilité de se livrer à une occupation sérieuse.

VI. — M. Schramm a observé un fait analogue à celui qu'a publié M. Lange. Un homme de 53 ans, affecté d'un catarrhe chronique des fosses nasales, était en outre extrêmement hypochondriaque et très craintif. M. Schramm lui prescrivit des douches nasales que le malade apprit à s'administrer lui-même, douches avec une solution sodique d'abord, puis avec une solution contenant 2 gr. 5, de tannin pour 300 d'eau. Après la première douche faite avec la solution tannique, le malade se plaignit de violentes douleurs dans la tête; il mouchait énormément et avait les fosses nasales complètement obstruées. Il éprouvait un malaise général et des démangeaisons par tout le corps, sans trace d'un exanthème. Les douches alcalines furent substituées aux douches tanniques, mais comme l'état local ne s'améliorait pas, M. Schramm prescrivit l'emploi d'une solution tannique très diluée (1 pour 300). Retour des mêmes accidents; cette fois il se fit une éruption d'urticaire généralisée. Il fallut renoncer à l'emploi du tannin, et recourir à des cautérisations au nitrate d'argent, qui furent très bien supportées.

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES FORMES ATTÉNUÉES DE LA MALADIE DE MAURICE-RAYNAUD, par le Dr DOMINGUEZ. Paris, 1889.

Ce sont surtout les formes atténuées de la maladie qui sont décrites ici. Elles présentent comme la forme classique, des troubles portant sur la circulation, la calorification, la motilité et la sensibilité, mais la symétrie et la douleur que M. Raynaud considérait comme ne faisant jamais défaut dans la maladie qui porte son nom, peuvent ne pas exister dans ces formes atténuées. Malheureusement ces formes légères sont susceptibles des mêmes terminaisons que la forme classique et leur pronostic doit toujours être réservé. Quant à leurs indications thérapeutiques elles sont les mêmes que celles des formes graves.

DU PSEUDO-MAL DE POTT HYSTÉRIQUE, par le Dr S. MERLIN. Paris, 1889.

Souvent l'hystérie se manifeste presque uniquement par des douleurs rachidiennes, qui, par leur siège et leur caractère,

peuvent en imposer pour un véritable mal de Pott. C'est Brodie surtout qui a attiré l'attention sur cette forme spéciale de l'hystérie. Malgré cela, les observations n'en sont pas nombreuses, et cela tient à ce que beaucoup de cas ont été méconnus, pris pour des maux de Pott et traités comme tels.

Le diagnostic, quand l'hystérie ne se manifeste pas par d'autres symptômes, est d'une grande difficulté, et seule l'étude attentive des troubles de la sensibilité pourra mettre le médecin sur la voie. Le pronostic de cette affection est bénin en ce sens qu'elle ne compromet pas la vie du malade. Le séjour à la campagne, les distractions, les calmants en un mot la médication habituelle de l'hystérie, constitueront la base du traitement.

Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, par le Dr Balaban. Paris, 1889.

La suspension appliquée au traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies de la moelle s'est montrée très efficace. Sous son influence presque tous les phénomènes tabétiques, sauf l'absence des réflexes tendineux, sont susceptibles de diminuer et même de diparaître. Cette amélioration peut commencer après cinq à six suspensions. Après une trentaine de séances, elle s'arrête, ou bien il survient des troubles qui obligent de cesser le traitement pour un certain temps, pour 15 ou 20 jours en général. Les suspensions doivent être faites trois fois par semaine, tous les deux jours; leur durée doit être augmentée progressivement de 30 secondes jusqu'à 4 minutes au plus. Jusqu'ici on n'a pas constate d'accidents quand les suspensions sont bien appliquées, on peut donc préconiser ce traitement comme un moyen inoffensif, et dont l'application est toujours facile et commode. La suspension n'agit pas au début du tabes, à la période des douleurs fulgurantes. Elle est très utile dans les deux dernières périodes de la maladie.

Contribution a l'étude de l'hystéro-traumatisme, par le Dr Rougier. Paris, 1889.

L'auteur a étudié l'hystéro-traumatisme chez les enfants, où il est rare, et a observé principalement des contractures compliquées de manifestations arthralgiques. L'accident le plus fréquent est une contracture simple des muscles de la hanche, isolée de tout phénomène arthralgique, mais ce dernier se montre encore souvent. Cette contracture, quel que soit le groupe musculaire sur lequel elle agisse, peut cesser complètement sous l'influence du sommeil, ou bien encore quand on arrive à triompher de la raideur musculaire, soit par l'extension continue, soit par l'excitation de certains muscles.

De l'anesthésie hystérique. — Contribution a l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse. Thèse de Paris, 1889.

On peut observer dans un certain nombre d'états pathologiques, en particulier dans les intoxications, les névroses, la syphilis, le rhumatisme articulaire, diverses anesthésies qui ne font pas partie de leur symptomatologie. Ces anesthésies présentent tous les caractères des anesthésiques hystérique et ne peuvent être rattachées qu'à l'hysterie. L'association de l'anesthésie hystérique avec ces états pathologiques peut parfois donner le change au clinicien. Celui-ci peut méconnaître l'anesthésie hysterique ou bien la rattacher à l'affection concomitante ou encore faire intervenir dans son interprétation une cause étrangère.

Pour éviter toute erreur, il faut interroger soigneusement dans tous les cas la sensibilité des malades en question, et se rappeler les signes de l'anesthésie hystérique qui est assez caractéristique en général pour commander à elle seule le diagnostic. Enfin, il faut s'appuyer sur les symptômes hystériques concomitants présentés par les malades et se rapporter à leurs antécédents nerveux héréditaires ou personnels G. L.

## BULLETIN

Anesthésie chloroformique. — Statistique du mouvement de la population française.

— On devait s'attendre à ce que la discussion sur le chloroforme, inaugurée il y a trois semaines, susciterait une certaine émotion du côté des chirurgiens qui ne peuvent accepter de voir leur compétence contestée dans une question où leur responsabilité est engagée pour ainsi dire journellement. A la suite de M. Verneuil, très empressé de faire le procès des physiologistes, MM. Alph. Guérin et L. Labbé sont venus plaider à leur tour la cause des praticiens, en exposant le résultat de leur expérience personnelle. De cet exposé de principes, formulé au nom de l'observation, verrons-nous surgir quelque notion nouvelle et importante directement profitable aux opérateurs et aux opérés? Sans aller jusqu'à répondre affirmativement, on est fondé à dire que la discussion actuelle aura eu l'avantage de bien mettre en relief les dangers inhérents à certaines phases de la chloroformisation et de préciser par là même avec plus de nettete les moyens qui peuvent leur être opposés.

Ainsi, les chirurgiens semblent d'accord pour reconnaître la nécessité de surveiller attentivement l'impression initiale produite par la vapeur anesthésiante sur la muqueuse pituitaire: car ils admettent comme certaine l'influence de l'irritation ainsi produite sur l'arrêt du cœur, réserve faite de toute explication concernant le mécanisme de cette relation. On trouve une entente à peu près semblable, quand il s'agit du rôle attribué aux altérations préalables du cœur. Car, bien qu'on ait pu dire dans ces derniers temps, l'importance de ces altérations paraît considérable, décisive, au point que, demain comme hier, on verra des praticiens éprouvés y trouver un motif puissant de contre-indication vis-à-vis du chloroforme, véritable poison pour l'organe central de la circulation. La même conclusion s'appliquera sans doute prochainement aux lésions pulmonaires dont le rôle a été peut-être un peu méconnu jusqu'à présent. Sur ces différents points, l'accord est à peu près général. Mais faut-il croire que cet accord suffira pour la solution complète de toutes les questions soulevées par ce grave problème de la chloroformisation?

Malheureusement non, car il subsiste toujours l'éventualité redoutable de certains accidents d'*instantanéité foudroyante*, comme les appelle M. Labbé, et ceux-là, on ne pourra trouver le moyen de les prévenir que lorsqu'on aura pénétré leur mécanisme et leurs causes. Ce sont là les inconnues du problème, que ni physiologistes, ni chirurgiens n'ont pu encore éclaircir. Cette dernière remarque servira précisément à justifier notre conclusion, très éclectique : à savoir que si la vérité scientifique, suivant le mot de M. A. Guérin, n'est pas toute entière dans le laboratoire, par contre on ne voit pas comment les chirurgiens pourraient se passer du concours de celui-ci dans une question où leur expérience est encore journellement en défaut, malgré les enseignements de cinquante années de pratique et d'observation.

—C'est un grave et douloureux sujet que celui dont M. La-

gnean est venu entretenir l'Académie dans sa dernière séance. Parler de la dépopulation de la France, où, ce qui revient au même, de la faiblesse de sa natalité, n'est-ce pas éveiller dans tous les cœurs patriotes de pénibles préoccupations? Et ce n'est pas la première fois que nous voyons la statistique, avec l'argument irrécusable des chiffres, signaler cette cause de faiblesse qui résulte, pour notre pays, du petit nombre des mariages et de l'infécondité croissante de ceux-ci. Toutes les explications que M. Lagneau a donné se résument dans cette considération principale, et l'on ne voit pas trop comment on pourrait obvier à cette cause manifeste d'infériorité. Le remède, s'il y en a, doit être cherché dans l'amélioration de la morale publique, comme le seul moyen capable d'augmenter le nombre des unions légales et de diminuer celui des unions illégitimes: mais il se trouve précisément que la réalisation de ce desideratum rencontre un obstacle presque insurmontable dans la tendance qui pousse les habitants de la province à émigrer vers les grandes villes, et dans la dépopulation parallèle des campagnes. Car on ne peut nier que les conditions vitales si défectueuses qui sont inhérentes à l'habitation des grands centres, ne contribuent puissamment à cette stérilité relative, et à cette dépréciation générale de la race. Il est vrai que, pour atténuer la portée de cette constatation, d'autres statisticiens ont fait valoir la mortalité moindre des Français et la diffusion générale du bien-être qui contribue notablement à élever chez eux le taux moyen de la vie humaine. Mais c'est là une consolation toute relative et l'argument qu'on en tire n'empêchera pas les ennemis de notre pays et de notre race de se réjouir d'une situation faite pour durer, et qu'ils se plaisent à dénoncer comme le signe d'une décadence irrémédiable. P. MUSELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

— La semaine dernière, M. Le Veillé a déposé, sur le bureau de la Chambre des députés, une proposition de loi étendant aux professions libérales les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

### CHOLÉRA.

*Espagne.* — L'épidémie semble toujours sévir dans la province de Valence, où plusieurs localités jusque-là indemnes ont été envahies. Une dépêche de Madrid en date du 15 juillet donne le nombre des victimes depuis le 13 mai pour la province de Valence. Il y a eu 443 cas sur lesquels on compte 251 décès. Parmi les localités les plus maltraitées nous relevons le port de Gandia, dont nous parlions déjà dans notre dernier numéro, où il y a eu 123 cas et 82 décès sur 9,000 habitants, et Puebla de Rugat, origine de l'épidémie, où il y a eu 155 cas et 85 décès sur 1,900 habitants.

L'apparition du fléau à Madrid est absolument controuvée. Quant à la ville de Valence même, il y a eu, il est vrai, quelques cas isolés, mais sans tendance à la diffusion.

*Tonkin.* — Le choléra sévit au Tonkin depuis le mois de mai avec une certaine rigueur parmi les troupes et la population civile, notamment à Sontay, à Hanoï et à Tuyen-Quan.

*Asie.* — Une dépêche d'Odessa annonce qu'on mande de Tiflis que le choléra régnerait dans le Turkestan. Le gouvernement russe a pris des mesures sanitaires concernant les ports de la mer Caspienne et les provenances de l'Asie centrale.

## NOUVELLES

*Corps de santé de la Marine.* — Par décret en date en 3 juillet, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe. Les médecins auxiliaires de 2$^{me}$ classe, docteurs en médecine MM. Buisson (Joseph-Antoine) et Wallerand (Simon-Lucien-Henri.)

***

*Comité consultatif d'hygiène publique de France.* — Par arrêté en date du 30 juin conformément aux propositions présentées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, M. J. Ogier, docteur ès sciences physiques, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police, auditeur près le comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé membre du dit comité, en remplacement de M. le Dr Richard, démissionnaire.

***

*Exercice de la médecine.* — Le projet de loi qui a pour objet de modifier ou pe remplacer la loi de nivose, an XI, a été déposé à la Chambre par le Ministère de l'Instruction publique.

***

*Assistance publique.* — La loi sur l'Assistance publique a été déposée à la Chambre par le Ministre de l'intérieur.

Nous analyserons ces deux documents dans notre prochain numéro.

***

*Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.* — En réponse à une consultation demandée aux Facultés par M. le Ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Lille a émis un avis favorable :

1° A la suppression du baccalauréat ès-sciences restreint;

2° A la création d'un baccalauréat unique pour les études secondaires classiques;

3° Au maintien pour le baccalauréat unique de la division des épreuves en deux parties :

dont la première partie (commune à tous les candidats) serait subie après la classe de rhétorique ou mieux, après la classe de philosophie, à moins qu'un enseignement philosophique ne puisse leur être donné pendant l'année de rhétorique ;

dont la deuxième partie serait subie un an après la première et pourrait porter, au choix des candidats, sur des séries différentes de matières;

4° A la création d'une série propre aux futurs étudiants en médecine, et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques;

5° A l'organisation dans les Facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières;

Mais la Faculté a formulé les réserves les plus formelles pour la conservation dans les Facultés de médecine d'un enseignement magistral de physique et de chimie biologiques et d'histoire naturelle médicale.

***

— M. Nocard, directeur de l'Ecole d'Alfort, est délégué par le Ministère de l'agriculture, au Centenaire de la fondation de l'Ecole vétérinaire de Berlin et au Congrès médical international du mois d'août.

***

— Le professeur Jolly, de Strasbourg, est nommé à la chaire des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Berlin, vacante depuis la mort du professeur Westphal.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements*, par le Dr A.-G. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. 1 vol. in-18 de

337 pages, 3 fr. 50. — A. Storck, éditeur à Lyon, et G. Steinheil, éditeur à Paris.

*Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et de pharmaciens dans la réserve et dans l'armée territoriale*, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur. 1 vol. in-18 de 600 pages avec gravures et plans, 5 fr. — Destiné à servir de guide aux officiers appelés soit en temps de guerre, soit pour une période d'instruction; il contient tous les renseignements sur les examens à passer pour monter en grade, pour être nommé: Lois, règlements sur le service en campagne, etc., etc. — Adapté à la dernière loi de 1890, ce Manuel est indispensable à MM. les Officiers du corps de santé.

*Leçons de clinique chirurgicale*, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1885 et 1886 par le Dr Péan, membre de l'Académie de médecine, suivies des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1887 et de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier au 31 décembre 1887. 1 fort vol. grand in-8° de 1264-VIII pages avec 75 figures dans le texte. 25 fr.

Ce volume forme le tome VII des *Leçons de clinique chirurgicale* de l'auteur, publiées à la même librairie. — Librairie Félix Alcan, 108, boulevard St-Germain, à Paris.

*Anatomie artistique* (Description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements, par le Docteur Paul Richer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Assistance publique, de la Faculté et de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut de France. Ouvrage accompagné de 110 planches, renfermant plus de 300 figures dessinées par l'auteur, 50 fr. — E. Plon, Nourrit et Cie, imprimeurs-éditeurs, 8 et 10, rue Garancière, Paris.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 12 JUILLET 1890.

Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 0. — Rougeole, 46. — Scarlatine 6. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 143. — Autres tuberculoses, 30 — Tumeurs cancéreuses, 39. — Autres, 7. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 15. — Bronchite chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 47. — Pneumonie, 29. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 13. — Biberon 51. — Diarrhée au-dessous de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 20. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 152. — Causes inconnues, 5. — Total : 834.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

## HYDROLOGIE

### DES

### EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins; elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grand quantité de liquide chargé de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Cet produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, ue les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre tyhpoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Mais quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés et ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de rispues à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstort, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgati énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

On sait que, pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non-seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste, ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que tait ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE

*Membres* : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).




## CHIRURGIE

### TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE (1)

Par le Dr S. Pozzi
professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'OVARIOTOMIE. KYSTES PÉDICULÉS. — Je renvoie pour les précautions préliminaires à l'exposé que j'ai présenté dans une autre partie de l'ouvrage (2).

Beaucoup de chirurgiens ne procèdent à une ovariotomie qu'entourés d'un arsenal considérable : pinces de toutes formes et de toutes grandeurs, bistouris, ciseaux, écarteurs, porte-aiguilles, etc. Il y a intérêt, je crois, à réduire au strict nécessaire le nombre des *instruments* employés pour éviter le plus possible les chances d'infection. Il suffira d'avoir : de bons bistouris, des pinces à disséquer, une sonde de femme, une sonde d'homme et une sonde cannelée, des ciseaux dont une paire courbée sur les bords ; quelques pinces hémostatiques ordinaires, des pinces longues, à adhérences, droites et courbes ; 2 pinces à kyste de Nélaton, 1 pince de Museux, 1 trocart, 1 paire de pinces porte-aiguilles ; des aiguilles et 1 aiguille montée mousse ; enfin de la soie, du catgut et des compresses éponges. Tous ces instruments doivent être exclusivement réservés aux laparotomies, et avoir été, comme je l'ai dit, chauffés pendant une heure à l'étuve à 140°. Ils seront placés près de l'opérateur à portée de sa main dans une cuvette plate remplie d'eau phéniquée à 2 pour 100. Il sera bon, toutefois, de conserver sur une table voisine un supplément d'instruments de rechange, pinces, bistouris, etc., pour les besoins imprévus.

Les chirurgiens qui se servent d'éponges, conseillent de les compter avant et après l'opération, à cause de la facilité avec laquelle une petite éponge, même montée sur des pinces, peut, si cette dernière vient à lâcher, être oubliée dans le ventre. Pour ma part, j'ai renoncé complètement aux éponges, et je ne crois pas que pareil accident soit à redouter avec les compresses dont je me sers, dont l'extrémité dépasse toujours la plaie abdominale. On doit, du reste, placer sur elles pour plus de sûreté une pince indicatrice, de préférence à branches dorées. La précaution de compter les pinces a pu rendre des services, et l'on cite toujours le cas de Spencer Wells qui, grâce à elle, rouvrit le ventre et retira l'instrument oublié. Mais, d'autre part, une erreur inverse pourrait être ainsi commise, si une pince avait glissé dans un bassin ou avait été emportée, attachée à la tumeur ou à une éponge sans qu'on s'en fût aperçu (1). Il suffit donc, je crois, d'exercer une exacte surveillance sur ses instruments.

(1) Voir le numéro précédent.

(2) L'antisepsie du tube digestif, sur laquelle a beaucoup insisté Terrier, me paraît être suffisamment assurée avant et après l'opération par l'emploi de laxatifs fréquents ; ce n'est que dans des cas exceptionnels, en particulier quand il y a eu évacuation d'une collection purulente dans le rectum, que j'administre du naphtol β et du salicylate de bismuth pour désinfecter énergiquement l'intestin.

(1) Coe. (Amoric Journ. of. Obstetrics. fév. 1889), a rouvert deux

## FEUILLETON

### CAUSERIES MÉDICALES

I

LE MALADE, par M. le Dr FIESSINGER.

« On rencontre dit Dechambre (1), des médecins d'une honnêteté profonde, d'une instruction étendue qui ne s'élèvent pas au-dessus d'une clientèle médiocre. Est-ce la faute du public ou la leur ? Considérez-les bien et vous constaterez presque toujours qu'ils ont péché de quelque façon par le caractère, que ces qualités intrinsèques dont ils sont doués, ils n'ont pas su les faire ressortir, les mettre en œuvre, et qu'ils les ont rendues vaines comme serait une mine précieuse qu'on ne saurait pas exploiter. »

(1) Dict. encyclop. des Soc. médic. art. Déontologie, p. 513.

Ces paroles sont fort justes.

Plus d'un confrère de valeur est délaissé par la confiance du public et végète. Son manque de succès tient, comme le dit Dechambre, à des maladresses de conduite.

Que ces maladresses dépendent elles-mêmes, pour une majeure part, de l'ignorance qui fait à ces médecins cotoyer le malade sans pénétrer sa personnalité, voilà ce qui frappe d'évidence.

Sur les bancs de l'école, on enseigne ce qu'est une maladie, on oublie de faire connaître ce qu'est un malade.

Si vous le savez plus tard, c'est à vos dépens que vous l'avez appris.

***

Les clients entrent dans votre cabinet de consultation.

Les maux que ressent le premier, si peu graves soient-ils, revêtent à ses yeux une importance d'objet rare. Il lui semble impossible qu'un autre ait passé par ce qu'il éprouve. « Avez-vous déjà soigné un malade comme moi ? » Telle est la question posée fréquemment.

Le *nombre des aides* doit être aussi restreint que possible ; 1 pour le chloroforme, 1 pour enfiler et faire passer les aiguilles ou les fils à ligatures (ceux-ci devront être coupés d'avance et maintenus dans une solution phéniquée ou sublimée faible) ; 1 troisième aide expérimenté suffit pour assister le chirurgien ; il doit se tenir à gauche de la malade, tandis que l'aide chargé du soin des sutures est placé à droite de l'opérée, et par suite à gauche du chirurgien, à proximité suffisante pour lui faire passer directement les fils. Si l'on n'a pas à sa disposition un assistant expérimenté, on en prendra deux, un à droite, l'autre à gauche. Personne n'aura le droit de toucher un instrument, un objet quelconque servant à l'opération, en dehors des aides précités. Si un instrument tombe à terre, on l'y laisse.

On peut diviser en quatre temps l'opération de l'ovariotomie :

1er Temps. *Ouverture de l'abdomen.* Il vaut mieux commencer par une ouverture de moyenne grandeur, quitte à l'agrandir ultérieurement. Tandis que l'assistant place son index au niveau de l'ombilic pour désigner ce point de repère et tire légèrement la peau en haut, le chirurgien, armé d'un fort bistouri convexe, fait une incision de dix centimètres sur la ligne blanche allant en bas jusque près de la symphyse. Le tégument et le tissu cellulaire étant divisés rapidement, on tâche de tomber dans l'interstice des muscles droits, qu'il faut chercher d'abord à la partie supérieure de la plaie. L'ouverture de leur gaine constitue un inconvénient de peu d'importance. On tombe immédiatement après sur « fascia transversalis » et la graisse sous-péritonéale qu'on ne confondra pas avec le grand épiploon. On incise et l'on excise, si c'est nécessaire, ces pelotons graisseux souvent très abondants, et l'on arrive sur la séreuse. Avant de l'ouvrir, on doit s'assurer que l'hémostase est complète et placer pour cela deux ou trois pinces sur les points qui saignent. On saisit le péritoine avec des pinces à disséquer dans la partie supérieure de la plaie, et l'on fait une petite boutonnière au pli soulevé; une sonde cannelée est introduite du haut en bas sur la ligne médiane, et le péritoine est incisé largement, soit au bistouri, soit aux ciseaux. On doit bien s'assurer, à ce moment, en soulevant la séreuse avec la sonde cannelée, et au besoin en la regardant à contre jour, qu'on ne risque pas de blesser la vessie anormalement développée (1). Dans des cas rares, la fusion du péritoine avec la paroi antérieure du kyste peut être telle que la distinction soit impossible. Il faut alors prolonger l'incision par en haut pour arriver en un point où la séreuse soit libre, puis procéder ensuite au décollement de haut en bas. Cela vaut infiniment mieux que d'entrer immédiatement dans le kyste et de le décoller en opérant une traction sur sa face interne.

2e Temps. *Rupture des adhérences. Evacuation.*

A. *Adhérences à la paroi abdominale.* — La main droite est introduite à plat dans la plaie abdominale à la surface du kyste, et, manœuvrant avec son bord cubital, décolle peu à peu les adhérences à droite et à gauche aussi loin qu'elle peut aller.

fois le ventre pour rechercher une éponge qui était tombée dans un seau.

(1) La blessure de la vessie est un accident qui est arrivé à de nombreux opérateurs expérimentés dans les cas où la tumeur, développée sous la séreuse, a étiré démesurément le réservoir urinaire, qui, vidé, devient méconnaissable et peut très bien être pris pour une épaisse fausse membrane J'ai eu moi-même à porter remède à cet accident dans un cas où la plaie avait 20 centimètres de longueur et comprenait à la fois la surface extra et intra-péritonéale du réservoir urinaire (Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1er mai, 1883). Dans ce cas j'ai suturé toute la vessie, à l'exception d'une boutonnière antérieure où j'ai placé un siphon; après la guérison de la malade, j'ai facilement oblitéré cet orifice. De nouvelles publications de Reverdin et Sanger autorisent à essayer la suture complète. Dans un cas où il avait enlevé une portion de la vessie, Sanger (Congrès de Halle. Centr. f. Gyn. 1888, n° 26) l'a suturée à la soie et l'a fixée à la partie inférieure de la plaie en attirant le péritoine au-devant d'elle ; drainage pré-vésical, et suture des parois abdominales au-dessus du moignon vésical, guérison. Léopold (ibidem), ayant de son côté enlevé le sommet de la vessie dans une hystérectomie, a fait des sutures complètes séro-séreuses, et a guéri sa malade. Je crois qu'il serait bon de faire en pareil cas deux plans de sutures, soit à points séparés comme dans le procédé de Czerny pour la suture intestinale, soit en surjet J'ai eu de la sorte un beau succès (Bull. de la Soc. de chirurgie, décembre 1889). La soie doit être préférée dans l'ovariotomie où l'on réduit le pédicule, parce qu'on n'a pas à craindre son infection secondaire comme dans l'hystérectomie avec pédicule à l'extérieur, voué à la mortification.

---

Aux termes trop imagés, aux comparaisons invraisemblables formulés dans un parler qui s'irrite de ne pas avoir à sa disposition une expression assez pittoresque, n'opposez jamais l'incrédulité d'un sourire. Un malade se prend toujours au sérieux et il n'étale les richesses de son vocabulaire que pour mieux convaincre le médecin. C'est bien le moins, quand il se rassemble pour faire jet de toute son éloquence, que vous daigniez l'encourager par une pose attentive.

Se donnant une peine infinie pour vous faire entrer dans ses sensations, il s'épanouit dans une satisfaction d'amour-propre lorsque ses efforts aboutissent. Si le diagnostic est posé juste, c'est à l'exactitude de ses renseignements que vous le devez. Si le traitement est suivi d'un résultat heureux, il en attribue le succès à l'intelligence de son récit.

Cette coopération que votre oreille complaisante prête au soulagement de ses souffrances, il vous en est singulièrement reconnaissant.

Il ne pourra dire : « Ce médecin ne m'a pas donné le temps de m'expliquer » et il vous prodiguera toute l'estime que quelqu'un qui aime à parler a épargnée pour qui sait se taire.

Le médecin a écouté sans une impatience dans les sourcils. Son tour est venu d'interroger. Qu'il ne s'y méprenne pas; pendant qu'il examine le malade, le malade l'examine à son tour. C'est la réciprocité dans un examen où la tranquillité du geste, la précision du langage et la clarté de l'ordonnance vous assureront la supériorité.

« Ce médecin est sûr de lui, se dit le malade en sortant, donc il est sûr de moi. »

Le parleur emphatique se recrute dans le personnel multiple des névropathes.

Aux campagnes est dévolu l'honneur de posséder un type absolument opposé : celui du malade muet. Ce dernier, paysan malin, sent parfaitement où il souffre, mais il ne veut pas le dire. Il laisse au médecin le soin de le deviner, et planté devant lui, souriant d'un air fin, il attend qu'on l'écrase sous la révélation prophétique de son mal.

Si vous mettez le doigt sur le point faible, c'est une solide poignée de main et un cri admiratif : « Ah ! qu'il est savant ! »

On a parfaitement la sensation de celles qui sont trop solides pour céder à la pression simple et l'on s'abtient de l'exagérer, se réservant de rompre plus tard, après l'évacuation du kyste, celles qui résistent.

B. *Adhérences avec l'épiploon.* Elles sont rompues de la même manière en s'aidant au besoin des deux mains. On place immédiatement des ligatures au catgut sur les points saignants. Si certaines parties sont trop adhérentes, on les saisit avec deux pinces juxtaposées, on incise entre celles-ci et on lie ensuite au catgut, par petits paquets. Cette manière de procéder remplace avantageusement la ligature élastique en masse qu'a employée Hegar.

C. *Adhérences avec les intestins.* Les adhérences molles se détachent comme les précédentes; celles qui sont moyennement tenaces cèdent à la tension et à la pression combinées, portant alternativement sur la paroi kystique et sur la paroi intestinale, et exercée toujours avec les doigts recouverts d'une compresse éponge. L'intestin saigne-t-il, alors, en un point limité, on y placera avec une aiguille fine et du catgut une ou plusieurs sutures à points séparés. L'hémorrhagie se fait-elle sur une large surface, on essaiera d'abord de la maîtriser par une compression de quelque durée, et, si cela ne suffit pas, on la touchera avec la solution phéniquée forte. Hegar recommande de faire agir à distance la chaleur rayonnante d'un thermocautère. Enfin si la séparation de l'intestin paraît dangereuse, il vaudra mieux renoncer à le décoller et procéder comme je l'ai indiqué au chapitre de l'hystérectomie en laissant une mince couche de la paroi kystique adhérente à l'intestin que l'on dégage par une dissection minutieuse. Mais il est nécessaire de cautériser cette couche pour y détruire tous les éléments épithéliaux provenant de la paroi kystique. Du reste, avant de commencer le détachement d'adhérences intestinales de quelque étendue, il faut toujours s'assurer de leur nombre et de leur importance, et si elles sont trop considérables, mieux vaut y renoncer, se borner à avoir fait une incision exploratrice, ou traiter le kyste par la marsupialisation (voir plus loin), selon le cas.

D. *Adhérences pelviennes.* Pour les petites tumeurs, on procèdera avant la ponction à la recherche des adhérences; quant aux grosses tumeurs, il est nécessaire de diminuer d'abord leur volume pour pouvoir glisser la main dans la cavité pelvienne; on doit, en même temps, les attirer fortement en avant avec les pinces de Nélaton. Une erreur grave qu'il faut éviter serait de prendre pour un kyste fixé par de larges adhérences une tumeur intra-ligamentaire. Un kyste de ce genre ne pourrait être détaché qu'après sa loge péritonéale ait été ouverte comme je l'indiquerai ci-après.

Les adhérences pelviennes seront rompues avec la main, et si l'on est forcé d'employer les ciseaux, on coupera toujours entre deux pinces ou deux ligatures. Il peut arriver que la portion pelvienne de la poche soit tellement adhérente qu'elle ne puisse être extirpée. On fera alors une opération partielle ou incomplète dont j'indiquerai plus loin la technique.

Il y a tout intérêt pour les petites tumeurs à ne pas faire l'évacuation du kyste avant d'avoir détaché les adhérences susceptibles de céder à la pression de la main; celle-ci s'exerce en effet beaucoup plus efficacement sur une poche tendue que sur une poche flasque, mais il faut réserver l'incision des adhérences invincibles pour le moment où la ponction du kyste et son affaissement permettent de s'aider du contrôle de la vue.

L'*évacuation du kyste* peut être faite avec le bistouri, comme c'est l'habitude en Allemagne, mais cette manœuvre expéditive expose toujours plus ou moins à la souillure de la plaie, lorsque le jet du liquide a perdu de sa force; l'usage du trocart me paraît donc préférable.

Il est parfois nécessaire de ponctionner successivement plusieurs cavités; on peut souvent se borner pour cela à enfoncer davantage le trocart directement ou dans une autre direction, sans le retirer.

On se sert avec avantage pour les très grandes poches d'un trocart communiquant avec un récipient volumineux où l'on a fait préalablement le vide.

Si la tumeur, microkystique et aréolaire, ne se laissait pas réduire par la ponction, on agrandirait sans hésiter l'incision abdominale avec des ciseaux jusqu'à l'ombilic, en divisant toutes les couches d'un seul coup; il n'y a aucun intérêt réel quoiqu'on en ait dit, à contourner à gauche la cicatrice ombilicale si on doit la dépasser.

3° Temps. *Extraction du kyste et ligature du pédicule.* On retire le trocart par un mouvement brusque, tandis que l'assistant pince la poche au niveau de la piqûre; on place sur elle des pinces de Nélaton pour l'oblitérer et faciliter la traction. Une seconde paire de pinces semblable, ou des pinces de Mu-

---

Si vous ne touchez pas juste, un peu de désappointement fait avancer la lèvre du paysan qui obligé de vous parler, comme à un simple mortel, n'est pas frappé par l'éblouissement en coup de foudre auquel il avait préparé ses yeux.

Le malade ahuri a la précaution d'introduire à sa suite un ami ou parent qui comprendra à sa place. Il recommande à son compagnon de bien retenir ce que dira le médecin. Quant à lui, toutes ses puissances musculaires se porteront sur les quelques monosyllabes indispensables à tirer d'un gosier paralysé. Un bruissement de phrases inaccoutumées pendant que sur le papier, la plume se livre à une sarabande de caractères fantastiques, c'est tout ce qu'il arrive à percevoir.

Dans la rue, les yeux écarquillés sur la prescription doctorale, il recourt aux explications de son camarade; il se les fait répéter par le pharmacien et rentré chez lui, pour dégager sa malheureuse tête égarée dans le fouillis des recommandations, il implore l'assistance de sa femme et quelquefois du maître d'école.

Le malade curieux ne se montre qu'au début de votre pratique. Il tient à savoir si le nouveau médecin connaît son affaire. Sa maladie est dépourvue de gravité; c'est une langue blanche, un manque d'appétit. Il n'ignore pas que point n'est besoin d'une consultation pour si peu de chose. Ce qu'il cherche, c'est à vous voir de près. Il inspecte votre tenue, vos paroles. L'insignifiance de son mal jointe à l'importance de sa mission rend plus perçante l'acuité de son regard. Vos meubles, les livres, les instruments, il les étudie, le nez dessus, comme un enfant qui apprend sa leçon. Tout à l'heure, quand il vous aura quitté, sentencieux et grave au milieu d'un cercle de voisins, il vous décernera un brevet de valeur ou d'incapacité suivant l'impression que vous aurez produite.

« Monsieur le docteur, guérissez-moi et je mettrai à votre disposition mon influence dans le pays » cela dit sur un ton de protection qui s'abaisse jusqu'à votre infimité. Attention! vous avez devant vous un malade considérable.

Renseignements pris, ce Monsieur, petit propriétaire rural, aux allures endimanchées de paysan, a échoué plusieurs fois au conseil d'arrondissement. Mais son nom ayant signé en

seux, sont placées en un point convenable, et on commence à faire pour ainsi dire l'accouchement du kyste, en tirant doucement et en s'aidant de mouvements de latéralité alternatifs. A mesure que la tumeur se dégage, l'aide exerce une pression sur les parois abdominales et applique de plus en plus l'une contre l'autre les lèvres de la plaie, de telle sorte, qu'au moment où le kyste est entièrement sorti, celle-ci se trouve fermée sur le pédicule; on évite ainsi toute issue de l'intestin. Si pendant l'extraction on avait à vaincre la résistance de brides ou d'adhérences ayant préalablement résisté à l'action de la main, on ferait soulever le paquet intestinal par la main de l'aide, avec interposition d'une compresse éponge chaude, et au besoin on placerait des écarteurs dans la plaie pour l'entrouvrir et diviser entre deux ligatures, avec des ciseaux, les adhérences fibreuses qui sont très rarement vasculaires.

Le pédicule doit être maintenant lié, séparé de la tumeur et abandonné dans le ventre.

Cette méthode de traitement intra-péritonéal est celle qu'avaient suivie les premiers opérateurs, elle avait été ensuite abandonnée pour le traitement extra-péritonéal du pédicule, qui a été généralement employé jusque vers 1880, époque où la méthode intra-péritonéale s'est généralisée. C'est en 1841, que Stilling (1), restaura le traitement intra-péritonéal en Allemagne; de son côté, en Angleterre Duffin en 1850, le remit en honneur, mais il doit sa plus grande vulgarisation à Spencer Wells (2). Auparavant, le pédicule était simplement suturé dans la plaie abdominale avec des points de suture ou des aiguilles. Un nouvel instrument, sorte d'étau ou *clamp* destiné à comprimer l'extrémité du pédicule pour assurer l'hémostase et le maintenir solidement, fut inventé par Hutchinson en 1858 et fut aussitôt adopté avec une sorte d'enthousiasme. Spencer-Wells, Atlee, Wilde, Kœberlé, Hegar et Kaltenbach inventèrent à leur tour divers modèles. Clay et Baker-Brown firent construire un *cautery-clamp*, destiné à combiner la compression et la cautérisation. A Paris, les chirurgiens se contentèrent généralement de la transfixion cruciale avec de longues et fortes aiguilles, jointe à la constriction avec le serre-nœud de Cintrat.

(1) Stilling. Holsher's Annalen. Neue F. I. Jahrgang, 1841.

(2) Sp. Wells. History and progress of ovariotomy in Great Britain (Med. chir. Trans, vol. XLVI, p. 33.)

Les principaux inconvénients du traitement extra-péritonéal du pédicule sont: la mortification de celui ci, qui s'étend parfois assez loin et expose à l'infection de la plaie; l'affaiblissement de la cicatrice abdominale, qui prédispose aux hernies consécutives. Toutefois ce procédé mérite d'être conservé dans les cas où, en même temps qu'un kyste de l'ovaire, on aura à combattre soit un prolapsus, soit une rétroflexion prononcée de l'utérus; il opère en effet du même coup une gastro-hystéropexie.

Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer un pédicule assez mince pour qu'il soit suffisant de passer autour de lui un fil de soie et de le nouer. Il est toujours beaucoup plus sûr de le transfixer en son milieu et de faire soit le nœud de L. Tait, soit celui de Bantock, qui peuvent être très solidement serrés. Si la largeur du pédicule l'exige, on fera la ligature en chaîne. Il est bon, quand le pédicule est court, de placer tous ses fils avant de détacher la tumeur, et de n'inciser le pédicule à un centimètre au moins au dessus des fils que progressivement, par petits segments liés d'avance à mesure et libérés ensuite. On évitera ainsi le retrait, très difficile à éviter au fond du pelvis, du pédicule prématurément sectionné en totalité. Si le pédicule est très épais, très succulent, peu différencié de la masse de la tumeur, on se trouvera bien d'y faire une forte empreinte par la compression excessive de fortes pinces à adhérences ou mieux de pinces de Billroth. Au bout de quelques instants d'application, on obtiendra ainsi un sillon déprimé où la ligature tiendra beaucoup mieux et où l'hémostase sera déjà à moitié faite par l'écrasement des tissus.

Après avoir détaché la tumeur, on coupe tous les fils à 1/2 cent. au-dessus du nœud. Auparavant toutefois, on recherche à la surface de la section la lumière des gros vaisseaux et on les lie isolément à la soie fine ou au catgut; on touche la tranche à la solution forte. Si le pédicule était exceptionnellement charnu et mollasse, ou surtout si la surface de section paraissait contenir des tissus suspects, ou enfin si la trompe présentait des signes d'inflammation, on mettrait en usage la pratique inaugurée par Clay et systématisée par Baker-Brown, la cautérisation au fer rouge de la plaie pédiculaire. Les parties voisines seraient soigneusement protégées avec une compresse éponge humide. Quelques auteurs (1) ont

(1) B.-S. Schultze. Bericht über die von 1884, 85 und 86

---

lettres énormes des professions de foi flamboyantes, de le découvrir placardé sur toutes les auberges et maisons d'école du canton, il en a conçu une idée extraordinaire de sa popularité.

La vanité éclate quelquefois sous une forme plus naïve. — Dernièrement je venais de promettre la guérison à un bonhomme en blouse bleue. « Quel bonheur, s'écria-t-il, pour l'adjoint de V... » L'adjoint de V...., c'était lui.

Le paysan est l'esclave de sa bourse. Il trouve moyen de bénéficier d'une seconde consultation en venant payer la première; et, sa dette étant libérée, vous réclame un surplus de conseils gratuits pour les bobos de toute la famille.

Certains malades, après avoir réglé vos honoraires, s'attardent : ils causent de la pluie et du beau temps; puis, à brûle-pourpoint, sans crier gare, vous demandent votre avis sur le dernier évènement politique. Ceux-là aussi sont des personnages de marque. Présidents ou secrétaires d'un comité électoral, il leur tarde de renseigner leurs séides sur la pureté de vos convictions.

Une figure de connaissance est celle du client qui s'attelle aux remèdes réclames. Il en traîne toute une charretée. La quatrième page des journaux se transforme pour lui en un traité de pathologie, où il soupèse, énumère en séries de plusieurs lignes, le bagage des maux dont il est assailli. Quelques manuels à l'usage des gens du monde comblent les trous de ses malles. L'entassement de tous ces colis devient entre ses mains, un instrument de guerre à l'aide duquel, il va donner assaut à la science de son médecin. Si, comme il est naturel, cet assaut est rejeté, il n'en continue pas moins, avec une persévérance têtue, à fourbir les fulgurantes armes qu'il décroche des panoplies établies par M. Gérandel et il revient à la charge.

Dans les courants de vogue qui déverseront, par poussées vers votre cabinet, un flux plus pressé de clients, vous distinguerez certainement, se débattant, parmi les autres, le type du malade entraîné malgré lui. L'amitié, la reconnaissance, les traditions de famille le retiennent vers un autre confrère; mais seul lié par ces considérations dans un milieu libre de

conseillé, dans le but d'éviter les adhérences futures avec l'intestin et la production d'étranglement interne, de suturer les deux lèvres de la plaie péritonéale au-dessus du pédicule; c'est, me semble-t-il, une complication inutile, car des fausses membranes viennent très vite l'encapsuler.

Le chirurgien examine alors l'ovaire du côté opposé, et pour peu qu'il lui paraisse suspect et que la femme soit près de la fin de sa vie sexuelle, il l'enlève. Si la femme était encore jeune et la lésion du second ovaire très limitée, on pourrait suivre la conduite hardie de Schröder (1), qui en pareil cas excisa simplement une petite tumeur dermoïde et réunit la plaie de l'ovaire après en avoir fait ainsi la résection. La femme devint enceinte et accoucha heureusement peu après. Schroder a fait quatre fois cette résection de l'ovaire chez des femmes jeunes. A. Martin (2) a depuis imité cette conduite. On doit aussi examiner avec soin l'utérus, et si on y trouve des noyaux fibreux, en faire l'énucléation, quand il s'agit d'une femme jeune et quand l'opération paraît simple à cause du siège des tumeurs; s'il s'agit d'une femme voisine de la ménopause ou que la myomotomie doive offrir des difficultés, la castration par ablation du second ovaire est préférable.

4e Temps. *Toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen.* — Quand l'opération a été simple, sans effusion de liquide irritant, il est inutile de s'attarder à éponger la petite quantité de sang qui peut exister dans le pelvis; elle sera facilement résorbée (3), le frottement des compresses éponges a toujours l'inconvénient d'enlever l'épithélium à la surface du péritoine et de détacher quelques petits caillots qui bouchaient des orifices vasculaires; un nouveau suintement sanguin peut en résulter. Tout autre doit être la conduite du chirurgien quand du liquide kystique, ou surtout du pus, a contaminé le champ opératoire. Pour le premier cas, l'usage des compresses éponges suffit; on en coiffe le doigt et on le promène dans tous les points déclives, pour le cul-de-sac de Douglas, on saisit le coin d'une compresse avec une longue pince courbe, on enroule le tissu autour de la pince, et l'on va ainsi jusque derrière l'utérus absorber la sérosité. Quand il y a eu effusion de pus ou de matière kystique très poisseuse et irritante, le lavage du péritoine sera indiqué. J'ai précisé antérieurement dans quelles conditions on doit faire le drainage ou le tamponnement.

Le chirurgien n'a plus qu'à refermer le ventre; j'ai longuement exposé comment il y procède et je n'y reviendrai pas. Mon procédé de suture mixte (1) (suture continue à 2 plans superposés pour le péritoine et les aponévroses, à points séparés pour les téguments) évite les hernies et éventrations si fréquentes après le mode de suture *en masse* généralement usité (2). Si l'on se trouvait en présence de parois abdominales très saignantes sur une grande étendue de leur surface interne, par suite du détachement de larges adhérences, et que l'on craignît le suintement capillaire après l'occlusion de la plaie, on pourrait placer sur la paroi, au niveau des limites de ces *écorchures* de la séreuse, une série de sutures enchevillées serrées sur de petits rouleaux de gaze iodoformée, sutures destinées à appliquer l'une contre l'autre les surfaces saignantes relevées en dos d'âne; ces sutures seraient laissées 2 ou 3 jours en place (3).

Je viens de décrire l'opération pour ainsi dire typique, telle qu'elle se pratique pour les kystes pédiculés. Je dois maintenant revenir sur deux conditions opératoires importantes qui peuvent se présenter et qui sont relatives, l'une à l'absence de pédicule, l'autre à l'impossibilité de le constituer.

angeführte Laparotomien (Correspondenzblatt der allg. ärztl. Verein von Thüringen, 1887, n° 3.

(1) Schröder. (Gesell. f. Geb. und Gyn. zu Berlin, juillet 1884, in Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd XI, p. 360.)

(2) A. Martin. (Samml. klin. Vorträge. n° 343, 1889.)

(3) Gluge et Thiernesse dès 1845 ont montré qu'on peut faire impunément des injections de sang dans la cavité abdominale. Récemment les essais de transfusion intra-péritonéale ont fait répéter ces expériences chez l'homme. Edler. (Die traumatisch. Verletz. der parench. Unterleibsorgane. Archiv. f. klin. Chir. 1886, p. 198.)

Stephanesco. (Considerat. sur le péritoine. Thèse de Strasbourg, 1871), a fait des injections d'air chimiquement pur et de quelques substances colloïdes sans accidents.

(1) Je l'emploie depuis 1866. (Bull. de la Soc. de chirurgie, 19 octobre 1887.)

(2) Wertheimer. Essai sur les hernies consécutives à la laparotomie. Thèse de Paris, n° 163, 1887. — W. Gill, Wylie. Ventral hernia caused by laparotomy. (American. journ. of Obstetrics, janv. 1887.) — E. Fasola. Hernie abdominale consécutive à la laparotomie. (Annali di obstetr. e gynecol., n° 1, 1888.)

(3) Von Hacker. (Wiener med. Wochenschr., n° 48, 1885.)

(*A suivre.*)

---

toutes attaches, il se laisse charrier par la majorité et la suit chez vous. Ne comptez pas sur ces malades. Ils vous font une visite, rarement deux et retournent à leur premier médecin.

Que, si pour vous dédommager de cette visite unique, vous en espériez d'autres, fréquemment répétées, méfiez-vous encore! Il existe, sur cette terre quelqu'un de plus variable dans ses opinions qu'un homme politique : c'est le malade. Si le premier donne des chiquenaudes à ses convictions, le second renverse d'un croc en jambe les réputations qu'il a édifiées la veille. Qui que soit le service qu'il en aura reçu, il changera de médecin, sans motif, pour le seul plaisir du changement. Pour couvrir sa versatilité l'homme politique se drape dans ses principes; le malade ne met pas une feuille de vigne.

Il est infidèle par tempérament comme le type précédent l'était par affection. A la vérité ce tempérament, vous le corrigerez quelque peu de par l'autorité que vous devrez à vos qualités professionnelles. Mais n'escomptez pas le succès de votre rôle d'éducateur. Dites-vous que l'infidélité reste l'état de nature du malade et que la fidélité, comme ces fleurs rares des Alpes, ne se rencontre que tout en haut, dans les classes élevées de la Société.

(*A suivre.*)

---

LE CHOLÉRA.

*Espagne.* — L'épidémie, d'après les dernières nouvelles, paraît augmenter. Elle s'étend de plus en plus dans la province de Valence où les cas deviennent plus nombreux et plus graves.

*Asie.* — Le choléra a fait sa réapparition en Mésopotamie et Mossoul en est toujours le foyer principal. Sur les bords de la mer Rouge de nombreux cas ont été également signalés parmi les pèlerins venant de l'Inde.

# MÉDECINE

## ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

(*Suite*) (1)

Obs. XIX (1889) Chabrely (2) interne des hôpitaux de Bordeaux. — *Epilepsie partielle. Foyers de ramollissement multiples. Cysticerques en grappe des méninges.*

D..., 75 ans, ayant exercé la profession de charpentier, est placé à l'hospice de Pellegrin dans le service de M. le professeur agrégé W. Dubreuilh.

Sur ses antécédents héréditaires,nous n'avons pu recueillir aucun renseignement. C'est à peine si nous avons pu savoir qu'il étai, pour sa part, alcoolique invétéré, d'un caractère très irascible et très violent.

Dès son arrivée à l'hospice, en avril 1887, il fut sujet à des attaques, précédées, nous ont dit les gens du service, par un grand cri, accompagnées de perte de connaissance avec émission involontaire des urines, suivies enfin d'une immobilité complète. En même temps, la tête était tournée à droite, les yeux regardaient en haut et aussi à droite, enfin les dents se serraient à un tel point qu'il était impossible d'ouvrir la bouche du malade. On n'a jamais remarqué si cet homme mordait sa langue pendant ses crises. La durée de celles-ci était de trois quarts d'heure à une heure environ, et, pendant l'accès, la peau devenait au toucher manifestement plus chaude qu'à l'état normal. La veille ou l'avant-veille de l'attaque, cet homme mangeait moins, parlait peu, puis, l'attaque passée, il se relevait ayant perdu tout souvenir de son état de crise, l'appétit revenait, le malade marchait, sortait en ville, faisait son lit.

Ces attaques, pendant toute cette période, survenaient de préférence la nuit; mais parfois aussi elles se produisaient le jour, et la date de leur apparition était fort irrégulière, car ces phénomènes qui se manifestaient ordinairement une fois au moins tous les quinze jours, réapparaissaient parfois une ou deux fois par semaine. Cependant, sous l'influence du bromure, ces crises s'éloignèrent et diminuèrent beaucoup de fréquence pendant sept à huit mois. A ce moment-là, le malade refusa de se soumettre désormais au traitement.

Peu après se produisirent alors des attaques convulsives fréquentes, limitées au côté gauche, au bras et à la jambe. A la suite des crises, la marche est devenue impossible pendant deux ou trois jours d'abord, puis quinze, puis pendant tout un mois.

En juin et en juillet 1888, le caractère des attaques se modifie. Il reste après elles un tremblement convulsif de la paupière supérieure gauche, du bras et de la jambe gauches. Ce tremblement dure au moins sept à huit jours après la crise. Après elle aussi, il devient très méchant, très agité, pousse des cris violents par intervalles et, une fois, entre autres, maltraite et veut tuer un infirme, son voisin de lit. A la suite d'attaques semblables, ses idées s'en vont, il demeure hébété, dans la prostration, poussant des plaintes par intervalles.

Toutefois, petit à petit, il se remet; on est obligé de l'habiller et, s'il marche seul à l'aide de deux bâtons, de temps en temps, il fait des chutes. Enfin, sa jambe gauche est raide et se plie avec peine.

Peu à peu, D... ne quitte plus le lit. C'est à cette époque qu'il nous a été donné de l'examiner. Nous l'avons trouvé dans un état de dépression intellectuelle marquée et mangeant beaucoup. Les artères sont modérément athéromateuses, le cœur ne présente pas de lésions d'orifice; les urines contiennent un nuage d'albumine. La jambe et le bras gauches sont raides. La jambe est fléchie à angle droit; il est impossible de vaincre cette rigidité de contracture et lorsqu'on cherche à y arriver, on arrache des cris de souffrance au malade.

La sensibilité paraît conservée partout. Les réflexes rotuliens et plantaires sont conservés. Pas de trépidation épileptoïde.

Tel était l'état de cet homme lorsque, le 18 février 1889, il est atteint d'une broncho-pneumonie gauche. Le 19 février, grande prostration, fièvre. Le 20 février, deuxième foyer broncho-pneumonique à la base du poumon droit. A ce moment, la faiblesse est extrême et le malade meurt, le 24 février 1889.

A l'autopsie, on trouve : un vaste foyer de ramollissement s'étendant au lobe occipital droit presque tout entier; un foyer de peu d'importance à la portion moyenne de la troisième temporale, deux foyers situés au niveau du lobule du pli courbe; enfin, un petit foyer. le dernier et le plus important par son siège, situé à la partie moyenne de la frontale et de la pariétale ascendantes.

Mais on trouve en outre, appendus au deux artères sylviennes, des kystes blanchâtres de la grosseur d'un grain de raisin, passant à cheval sur ces vaisseaux et groupés deux par deux à la façon d'haltères. Ces kystes sont remplis d'un liquide limpide, d'un poids minime, et ne paraissent pas avoir exercé de compression sur le calibre des artères.

L'autopsie des autres organes n'a pu être faite.

On doit rapprocher cette observation de celle de Laënnec à laquelle nous faisions allusion plus haut. Dans les deux cas un pédicule reliait deux saillies vésiculaires : cysticercus dicystus disait Laënnec; acheminement vers le cysticerque en grappe, disons-nous. Il est remarquable de voir le pédicule passer comme un pont au-dessus des sylviennes, et cela des deux côtés. Les vésicules très minces, très légères et très grêles, n'avaient contracté d'adhérences ni avec les parois des vaisseaux, ni avec les parties voisines. Elles pendaient à cet endroit, médiocrement gonflées par un liquide aqueux et l'on put, sans peine et sans déchirures, les détacher. On n'en trouva pas d'autres dans les divers segments du cerveau. L'étude de ces vésicules a fait l'objet d'un intéressant article, que nous mettrons largement à contribution, dû à MM. les professeurs agrégés, De Nabias et W. Dubreuilh (1).

*Examen des kystes.* — Les deux productions kystiques se composaient de deux renflements et d'une couche intermédiaire de même nature. Elles ont été conservées dans l'alcool.

Le premier kyste a une longueur de dix centimètres; le connectif qui en réunit les deux parties a une épaisseur de 5 millimètres. Sur la pièce conservée, il est un peu plissé, tordu par places, mais pas autrement rétracté par l'alcool. Les deux cavités terminales sont : l'une, irrégulièrement globuleuse et bosselée, avec un diamètre de quinze millimètres : l'autre, plus allongée, atteint une longueur de vingt millimètres sur quinze millimètres environ de large.

« La paroi de ce kyste est blanchâtre et demi-transparente. On n'y voit pas de tache blanche opaque à l'extérieur et la dissection n'y fait trouver aucun scolex.

« Le second kyste est plus irrégulier. De ses deux parties, la seule qui soit conservée forme une énorme masse lobulée de trois à quatre centimètres de diamètre, avec cinq dilatations irrégulières séparées par des étranglements profonds. Ce kyste est représenté dans la figure 4 (voir la planche que nous donnons plus loin et que nous empruntons en partie au travail de nos excellents maîtres.

« En l'ouvrant, on voit que toutes les dilatations communiquent

(1) Voir les numéros 27, 28 et 29.

(2) Chabrely. Journal de médecine de Bordeaux, 1889, n° 21.

(1) Journal de médecine de Bordeaux, 22 décembre 1889.

largement entre elles, mais nulle part on ne peut trouver de scolex.

« Chez cet individu, les deux cysticerques étaient donc stériles

« Les coupes de ce kyste montrent une membrane d'un quart de millimètre d'épaisseur environ. Elle offre une apparence grossièrement granuleuse, dans laquelle il est difficile de distinguer des détails de structure ; on y remarque cependant des grains réfringents assez volumineux qui ne font pas effervescence avec les acides même concentrés et ne se dissolvent pas. Une des faces de la membrane n'offre pas de limitation nette, l'autre est hérissée d'une foule de prolongements cylindriques ou globuleux ayant l'aspect de papilles et serrés les uns contre les autres. Ces sortes de papilles ont la même structure grossièrement granuleuse que le reste de la membrane, mais leur surface est tapissée d'une mince cuticule plus transparente et moins granuleuse que les autres parties, sans être cependant absolument hyaline » (1).

Obs. XX (1889). E. Bitot (2), interne des hôpitaux de Bordeaux. — *Hémiplégie droite. — Aphasie. — Méningo-encéphalite. Cysticerques en grappe des méninges.* — X..., âgé de 47 ans, exerçant la profession de marin, entre à l'hôpital Saint-André le 10 avril 1889, salle 16, lit 17, service de M. le professeur Pitres, pour une hémiplégie droite avec aphasie.

Les *antécédents héréditaires* n'ont pu être décelés, le malade ne comprenant absolument rien de ce qu'on lui demandait.

Comme *antécédents personnels*, nous avons appris de la bouche d'un de ses voisins qu'il s'adonnait beaucoup à la boisson et que, depuis trois ans, il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés. Comme idées délirantes spéciales, il s'imaginait qu'on en voulait à ses biens. Le début de ses troubles a été précédé par une attaque apoplectiforme n'ayant entraîné aucune paralysie. La parole était libre. Dans la suite, il eut quelques pertes de connaissance sans résultats fâcheux et sur lesquelles on ne peut avoir de renseignements précis.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, se déclara un ictus apoplectique qui produisit une hémiplégie droite avec aphasie.

*État actuel, le* 10 *avril* 1889. — La face est très congestionnée. Il existe une paralysie du facial inférieur: le sillon naso-labial gauche est effacé, la bouche est déviée à gauche et la langue à droite. L'orbiculaire des paupières est intact.

Les membres du côté droit sont dans une demi-contracture. Les mouvements volontaires sont en partie possibles. La sensibilité est normale sur toute la surface cutanée, on s'en assure par la piqûre des épingles et par le pincement.

La parole est abolie. Le malade répond à toutes les questions qu'on lui pose par « oui » ou par « non ». Il cherche constamment à se lever, aussi se voit-on obligé de lui mettre la ceinture de force. L'examen des artères superficielles dénote de l'athérome; le cœur est augmenté de volume; les battements sont forts, mais il n'y a aucun bruit de souffle.

La respiration est difficile. L'auscultation des poumons révèle une congestion intense.

La paralysie des sphincters vésical et rectal est complète. Le réflexe rotulien est exagéré à droite, à peu près normal à gauche. Même résultat pour le réflexe plantaire. Les pupilles sont égales, mais réagissent très lentement à la lumière.

11 avril. A la visite du matin, le malade est dans le coma, il meurt dans la journée avec une dyspnée intense.

*Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.* — Du côté gauche, les méninges sont congestionnées et épaissies, la décortication est difficile, la substance cérébrale s'arrache par plaques très étendues, est rouge et piquetée dans les parties non adhérentes.

En outre, on trouve plusieurs kystes de volume différent et placés comme il suit :

Sur la face inférieure de l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal gauche, on en rencontre un gros comme une cerise, un second au fond de la scissure de Sylvius, gros comme une noix et placé contre la sylvienne ; deux autres dans l'espace interpédonculaire, gros comme une cerise. Ces kystes sont absolument distincts de l'arachnoïde et envoient des prolongements dans les différentes scissures; il suffit de donner une inclinaison peu prononcée à la surface sur laquelle ils reposent pour qu'ils tombent d'eux-mêmes.

La décortication des méninges de l'hémisphère droit est facile; mais on constate sur les circonvolutions de petites plaques d'encéphalite très nettes.

A la coupe, les hémisphères ne présentent aucune particularité.

Le plancher du 4e ventricule a un aspect parcheminé, très net.

Rien au cervelet ni à la protubérance.

Les poumons sont très congestionnés.

Le cœur est volumineux ; pas de dégénérescence du myocarde.

Reins normaux.

Nous reproduisons les parties de l'article de MM. De Nabias et W. Dubreuilh qui ont trait à la nature et à la structure de ces kystes. Deux d'entre eux qui avaient été conservés dans la glycérine ont été examinés.

« Le plus grand des deux kystes a le volume d'une grosse amande il a une longueur de 3 centimètres, une largeur de 2 centimètres à sa grosse extrémité, l'autre se terminant en pointe. Il est constitué par une vésicule blanchâtre, demi-transparente, irrégulière, un peu bosselée; vers sa petite extrémité, il présente des rides et deux ou trois prolongements irréguliers et lobulés, dont l'un forme un kyste accessoire du volume d'un petit pois, rattaché au kyste principal par un mince pédicule. La grosse extrémité du kyste est d'une transparence laiteuse, uniforme ; vers sa petite extrémité, il est plus opaque mais on n'y trouve pas de tache blanche indiquant la présence d'un scolex.

« En ouvrant le kyste, on peut s'assurer que le petit kyste pédiculé ne communique pas avec la cavité principale. Il n'en est pas de même des autres prolongements qui sont largement ouverts dans la cavité principale. Il n'y a pas de scolex ni dans la cavité principale ni dans les cavités accessoires.

« Le second kyste présentait les mêmes caractères, sauf qu'il était plus régulier, plus petit, n'ayant que 2 centimètres de large; il est bosselé, mais ne présente pas de prolongements.

« Le kyste est la vésicule caudale d'un cysticerque qui renferme un scolex, dont le siège est marqué extérieurement par une tache blanche opaque. Séparé par la dissection de la cavité d'invagination ce scolex mesure 12 millimètres de long sur 1 de large dans presque toute son étendue. La tête qui le termine mesure 1 millimètre dans tous ses diamètres ; elle présente à son sommet 4 petites cupules ou ventouses teintées en noir par du pigment qui forme des taches rondes et les rend nettement visibles à l'œil nu. Cette tête est tronquée à son extrémité et les ventouses sont terminales, il n'y a ni rostellum ni crochets (fig. 2 de la note de MM. De Nabias et W. Dubreuilh et fig. 3) de la planche qui termine ce travail.

« A la suite de la tête, on trouve un cou très court, à peine marqué, puis le corps proprement dit, avec ses stries transversales, d'abord peu apparentes et serrées les unes contre les autres, devenant de plus en plus espacées à mesure qu'on s'éloigne de la tête. Ces stries sont la première indication des anneaux du futur tænia. Dans toute la masse du tænia, on trouve disséminés des corpuscules réfringents.

« La membrane de la vésicule a été durcie par la celloïdine pour en faire des coupes. Par l'examen microscopique, on reconnait, de dehors en dedans, une mince lamelle de tissu réfringent qui constitue la cuticule. Au-dessous et recouvertes par la cuticule, on trouve des papilles peu saillantes, à sommet arrondi, de dimen-

(1) De Nabias et W. Dubreuilh. Loc. cit.

(2) E. Bitot. Journ. de méd. de Bordeaux, 22 déc. 1889.

sions inégales, beaucoup moins saillantes, moins nombreuses et moins rapprochées que dans le cas précédent. Le corps des papilles et le reste de la paroi qui forment le parenchyme proprement dit se présentent sous la forme d'une masse réticulée, grannlense, plus compacte en dehors qu'en dedans.

« Dans les mailles du reticulum granuleux, on aperçoit, de distance en distance, des corps arrondis ou ovales, ayant l'aspect de vésicules transparentes, vides ou contenant un amas granuleux blanc ou jaunâtre qui ne les remplit pas complètement. Ces vésicules sont plus nombreuses et plus volumineuses vers la partie interne de la paroi qui, pour cette raison, parait beaucoup plus claire. La paroi est limitée en dedans par une mince lamelle de tissu à laquelle il est aussi difficile de trouver une structure cellulaire qu'au tissu intervésiculaire. Les coupes traitées par l'acide acétique, ne font pas effervescence; les grains réfringents qu'on y trouve ne sont donc pas des corpuscules calcaires. En somme, la structure de ces vésicules ne se distingue de celle du cas précédent que par sa densité et sa compacité moindres.

« La détermination spécifique de ce scolex est un point de la plus haute importance. La tête est en effet parfaitement développée et peut être rattachée au tænia inerme (T. saginata, G.; médiocanellata, C.; inermis, M T). Tandis que dans le cysticerque ladrique ou cysticercus cellulosæ qui fait partie du cycle de développement du tænia solium, on trouve un scolex avec des ventouses latérales terminé par un rostellum entouré d'une couronne de crochets; dans notre cas, on trouve une tête de tænia inerme avec des ventouses terminales sans rostellum ni crochets. Il s'agit donc du cysticercus mediocanellata, Davaine, ou cysticercus bovis, Cobbold. M. Baillet, vétérinaire de la ville, a bien voulu nous communiquer un exemplaire d'un scolex de cysticercus mediocanellata recueilli sur un bœuf, et nous avons pu nous convaincre de sa parfaite identité avec celui que nous avons observé chez l'homme (1) ».

Le liquide de ces kystes, examiné par M. W. Dubreuilh et par nous, ne contenait pas de crochets.

Nous avions à cœur de citer le long passage précédent, parce qu'il complète l'observation et parce qu'il consacrerait une véritable découverte s'il ne prêtait encore le flanc à des critiques auxquelles des recherches plus approfondies viendront bientôt enlever tout fondement.

Le fait, intéressant par lui-même, abstraction faite des idées théoriques sur la nature des tænias armé et inerme, supporterait dores et déjà la discussion.

Il nous semble qu'il s'agit d'un *cysticercus bovis*, car, en dehors même des quatre ventouses terminales, le rostellum et la couronne de crochets manquent et les coupes de la paroi ressemblent beaucoup à celles qu'on obtient en pareil cas.

Mais, dira-t-on, la tête ayant perdu ses crochets, et on n'ignore pas depuis Davaine avec quelle facilité ils tombent, en impose pour un tænia inerme. Nous répondrons que les crochets n'ont pas été retrouvés dans le liquide. — Et d'ailleurs, ajoute-t-on, si le cysticercus cellulosæ s'accommode facilement des milieux, il n'en va pas de même du cysticercus bovis qu'on trouve très rarement chez le bœuf lui-même. A quoi bon le rechercher et dire qu'on le rencontre chez l'homme? — Nous insisterons en déclarant qu'il doit à ses dimensions minimes de passer inaperçu chez son hôte habituel, le bœuf, et, ce qui le prouve, c'est la fréquence du tænia inerme chez l'homme, fréquence croissant en raison directe de la consommation de viande de bœuf crue et constituant une présomption à admettre que la présence dûment constatée du *cysticercus bovis* dans l'espèce humaine ne serait pas si extraordinaire.

(1) De Nabias et W. Dubreuilh. Loc. cit.

La coupe de la paroi pourrait-elle nous apprendre quelque chose? On sait, par exemple, que la paroi du cysticercus pisiformis, qui présente des plis au lien de papilles, est caractéristique. En est-il de même pour les membranes du *cysticercus cellulosæ* et du *cysticercus bovis*? Le cysticercus cellulosæ présente bien de grosses et longues papilles, mais ce caractère ne paraît pas être absolument probant. Comme le remarque M. Moniez, il n'y a qu'un fait qui puisse convaincre, c'est l'étude *microscopique* du scolex : elle sera faite ultérieurement.

## III

### MORPHOLOGIE, NOMBRE, SIÈGE, STRUCTURE, NATURE ET PATHOGÉNIE, LÉSIONS DE VOISINAGE.

La caractéristique de ces vingt observations réside dans la *morphologie* des vésicules. Au lieu d'être globuleuses ou ovalaires, elles affectent des apparences variées et parfois tout à fait extraordinaires. Zenker a essayé de subdiviser ces formes d'après leur degré de complexité. Il distingue :

1° Des vésicules qui, sans perdre le caractère de simples kystes, sont devenues très irrégulièrement bosselées, grâce à des saillies plus ou moins nombreuses de la paroi. (Exemples : nos observations 4 (Zenker) et 17 (Louis);

2° Des ramifications d'une vésicule en deux ou plusieurs, de grandeur différente, reliées par des prolongements (nos observations 14 et 15 (Klob), 16 (Westphal), 18 (Aran), se rangent dans cette catégorie; figures dans les traités de Siebold (1) et de Davaine (2) très suggestives à cet égard);

3° Des vésicules dont les saillies bien limitées ne sont unies souvent à la vésicule principale que par un pédicule plus ou moins étroit reliant en somme de véritables vésicules secondaires, acineuses, qui, conglomérées en grand nombre, simulent absolument l'aspect d'un raisin. (Répondent à ce groupe nos observations 2 et 5 (Zenker), 9 (Virchow), 10 (Merkel), 20 (Bitot).

4° Bien plus, lorsque ces vésicules en forme de grappe se sont considérablement accrues, elles appartiennent à ces trois groupes à la fois par leurs saillies, leurs grains, leurs longs pédicules disposés de la façon la plus bizarre, sur une longueur parfois très grande. Cette disposition, nous la trouvons mentionnée dans nos observations 1, 3 et 6 (Zenker), 7 et 8 (Virchow), 11, 12, 13 (Marchand); elle a été décorée de l'épithète *racemosus*, par les premiers observateurs; on voit qu'elle est l'aboutissant des formes moins complexes énumérées plus haut.

Enfin parfois, si le pédicule d'une vésicule secondaire s'oblitère, celle-ci cesse de communiquer intérieurement avec la vésicule mère, comme on le remarque dans l'observation 20.

Quant aux *dimensions* de ces vésicules, il ne semble pas toujours facile de les apprécier à cause de leurs nombreux diverticulums susceptibles de se déchirer pendant qu'on en fait l'ablation (3). Dans la 3e observation (Zenker), où l'on put extraire le kyste total, la longueur égalait 15 centim. Dans la première observation, Heller l'évaluait à 25 centimètres. Les kystes recueillis chez les malades des observations 19 et 20 avaient de 3 à 6 centimètres.

Leur *nombre* a varié, dans nos observations, de 1 à 5.

Les premier et sixième cas de Zenker signalaient cinq vésicules en grappe, chacun; celui de Bitot, quatre, ceux de Westphal et Chabrely, deux. Les autres, une.

(1) Von Siebold. Ueber die Band-und Blasewürmer. Leipzig, 1854. S. 68, fig. 27-28.
(2) Davaine. Traité des entozoaires, 2e édit. Paris, 1877.
(3) Zenker. Loc. cit.

Aran et Louis ne donnent pas un chiffre déterminé.

Cinq fois, le cysticerque en grappe a coïncidé avec d'autres cysticerques arrondis ou ovalaires de volume à peu près normal.

Leur *siège* de prédilection est la base du cerveau. Ils se cantonnent là dans les espaces sous-arachnoïdiens sans qu'ils échangent le plus souvent des adhérences avec les méninges.

Ces espaces, limités par la pie-mère et par le feuillet viscéral de l'arachnoïde qui passe comme un pont au-dessus des sillons et des anfractuosités du cerveau, aboutissent par autant de canaux prismatiques, triangulaires et sinueux à de véritables réservoirs appelés confluents qui communiquent tous entre eux et dans lesquels vient se collecter le liquide céphalo-rachidien. Le plus important occupe la partie inférieure et médiane de la base de l'encéphale et porte le nom de *central*. Les autres se distinguent par leur position relative (1) en antérieur, moyen et postérieur. Ils sont situés, le premier, au-devant du corps calleux; le second, immédiatement en arrière; le troisième, au-dessus du trou occipital entre le cervelet et le bulbe rachidien. Les confluents antérieur et moyen se déversent dans le confluent central qui communique aussi avec le postérieur, lequel se trouve lui-même en communication d'une part avec les cavités ventriculaires, de l'autre avec l'espace sous-arachnoïdien de la moelle épinière.

(*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

### PHYSIOLOGIE

I. — SUR L'INNERVATION CENTRALE ET PÉRIPHÉRIQUE DE L'INTESTIN, par M. BECHTEREW et M. MISLAWSKI. *Arkiv. für Anatomie und Physiologie*. Supplementband. (Tome supplémentaire) 1889.

II. — SUR L'INNERVATION DE L'ESTOMAC, par les mêmes. *Neurologisches Centralblatt* 1890, n° 7, p. 195.

III. — SUR LA ZONE VISIBLE DE L'ÉCORCE GRISE DES HÉMISPHÈRES, par M. BECHTEREW. *Archives russes de Psychiatrie* 1890, n° 1. Analysé in : *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 8, p. 237.

I. — Les expériences faites par M. Bechterew et M. Mislawski, sur des chiens, pour étudier l'influence du système nerveux sur les mouvements de l'intestin, ont donné des résultats qui peuvent se résumer dans les lignes suivantes :

Le tonus normal de l'intestin, les contractions rythmiques de cet organe et les contractions péristaltiques vermiculaires sont entretenus par des appareils nerveux logés dans la paroi intestinale.

Les nerfs vagues innervent surtout l'intestin grêle et la partie supérieure du gros intestin. Ils fournissent à ces portions du tractus intestinal plus de fibres excito-motrices que de fibres d'arrêt.

Les nerfs splanchniques renferment surtout, mais non exclusivement, des fibres d'arrêt.

L'excitation du grand sympathique thoracique et de la partie supérieure du grand sympathique abdominal a donné des résultats inconstants.

L'excitation faradique de la circonvolution sygmoïde et de la deuxième circonvolution qui est contiguë à la précédente en arrière et en dehors, ainsi que l'excitation de la couche optique, produit tantôt la contraction, tantôt le relâchement de l'intestin grêle et du gros intestin. Les fibres du grand sympathique destinées à l'intestin grêle sortent de la moelle principalement dans l'espace compris entre la 6e paire de racines dorsales et la 1re paire de racines lombaires. Les fibres destinées au gros intestin sortent de la moelle avec les autres racines lombaires (6e et 7e notamment) et avec les racines de la 3e paire sacrée.

II. — Dans une seconde série de recherches, MM. Bechterew et Mislawski se sont donné pour tâche d'étudier l'influence de l'innervation sur les mouvements de l'estomac. Voici les principales constatations qu'il leur a été donné de faire :

Pendant les périodes d'activité de l'estomac, on observe surtout des contractions rythmiques de la portion pylorique. Ces contractions sont sous la dépendance exclusive du système nerveux périphérique, voire que, dans certains cas, elles ont continué de se produire après section des deux nerfs vagues et de la moelle cervicale, c'est-à-dire sur des estomacs complètement isolés de leurs attaches nerveuses. Néanmoins, l'intervention des nerfs vagues a pour but « d'entretenir et même d'exciter » les mouvements rythmiques en question. Pour supprimer ceux-ci ou les affaiblir, il a suffi, dans quelques cas, de sectionner les deux nerfs vagues. D'autre part, ils s'arrêtaient pour quelque temps, après destruction de « certaines parties des centres nerveux situées au-dessus de la moelle allongée, entre autre après une section pratiquée au niveau des tubercules quadrijumeaux ». Mais cette action d'arrêt n'est que transitoire.

L'excitation des nerfs vagues provoque des contractions intenses et répétées de la portion pylorique, ainsi que des contractions généralisées de l'estomac. Ces effets sont plus marqués, lorsque l'excitation s'exerce sur le nerf vague du côté gauche. Jamais, dans ces conditions, on n'obtient de contractions continues de la portion pylorique, d'où il faut conclure que l'influence des nerfs vagues sur cette portion de l'estomac s'exerce par l'intermédiaire de l'appareil nerveux périphérique compris dans les parois du pylore, lequel appareil se trouve excité.

Les fortes excitations électriques, voire les excitations mécaniques des nerfs vagues, déterminent des contractions du cardia qui se font en plusieurs temps. Les excitations électriques faibles sont, au contraire, suivies d'une distention manifeste du cardia; il n'y a jamais eu de renforcement synchrone des contractions de la portion pylorique.

L'influence exercée par les nerfs vagues sur les contractions rythmiques de la portion pylorique est beaucoup plus faible lorsque l'estomac est à l'état de vacuité.

L'électrisation de la moelle allongée a également pour effet d'accroître la fréquence et l'intensité des contractions rythmiques de la portion pylorique.

L'excitation des nerfs splanchniques produit l'effet inverse, ce qu'avait déjà signalé Openchowski, dans une récente publication (*Centralblatt für Physiologie* 1889, n° 1). Il en est de même de l'excitation de certains territoires des centres nerveux, situés dans la partie supérieure de la moelle, dans la moelle allongée, dans les pédoncules cérébraux, dans la partie antérieure des couches optiques. L'existence, dans les territoires en question, de centres d'arrêt dont l'excitation enraie les mouvements rythmiques de la portion pylorique n'est pas douteuse pour les deux auteurs. Ainsi, l'excitation de la partie antérieure des couches optiques produisait un arrêt complet, plus ou moins durable, des contractions de la portion pylorique. En même temps, survenait une contraction légère qui s'étendait progressivement à tout l'estomac, pour se perdre lentement. Il arrivait aussi qu'au bout d'un temps plus ou

(1) Sappey. Anatomie descriptive, t. III.

moins long, les contractions rythmiques du pylore renaissaient plus intenses qu'avant.

Certains territoires de l'écorce grise influencent également les mouvements de l'estomac. Ainsi, l'excitation de la circonvolution sygmoïde, et surtout de sa partie postérieure et externe, produit un renforcement des contractions de la portion pylorique, souvent aussi une contraction généralisée de cette portion de l'estomac; puis les contractions rythmiques deviennent plus faibles, quelquefois s'arrêtent.

Dans quelques expériences, les deux auteurs ont vu les contractions de la portion pylorique gagner en intensité, à la suite de l'excitation de la partie de la 2e circonvolution, qui contourne la circonvolution sygmoïde; dans un cas, à la suite de l'excitation des 3e et 4e circonvolutions, dans le trajet compris entre l'extrémité supérieure de la scissure de Sylvius et la portion postéro-externe de la circonvolution sygmoïde.

D'autre part, l'excitation de différents points des parties antérieure et postérieure de cette même circonvolution, et de certains points situés à l'extrémité externe du sillon crucial, a provoqué des contractions de l'estomac qui se traduisaient par des tracés analogues à ceux qu'on obtient en excitant les centres d'arrêt contenus dans les couches optiques : ralentissement plus ou moins durable, ou arrêt complet des contractions rythmiques de la portion pylorique, et en même temps, contraction faible généralisée de l'estomac, suivie d'un renforcement des contractions rythmiques premières.

Enfin en excitant la partie postéro-externe de la circonvolution sygmoïde, les deux auteurs ont réussi à obtenir des contractions isolées de la partie de l'estomac avoisinante du pylore, sans que la portion pylorique fût influencée concomitamment. Une fois, l'excitation de la partie la plus reculée de la circonvolution sygmoïde a produit simultanément des contractions de la partie de l'estomac avoisinante du cardia et un renforcement des contractions rythmiques de la portion pylorique.

Les excitations périphériques agissant par voie réflexe sur les mouvements de la portion pylorique produisent le plus souvent des effets d'arrêt. Ces effets sont particulièrement prononcés à la suite de l'excitation du revêtement péritonéal de l'intestin.

Enfin, l'excitation du bout central de l'un des nerfs vagues sectionné, l'autre demeurant intact, détermine également un arrêt des contractions rythmiques de la portion pylorique de l'estomac, en même temps que des contractions généralisées de cet organe, et une distension manifeste de la portion avoisinante du cardia.

III. — On n'est pas encore fixé d'une façon précise sur la topographie du centre cortical de la vision. Après avoir exposé les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet, et les recherches expérimentales qu'il a entreprises pour élucider cette question, M. Bechterew a résumé en ces termes, les résultats de ces recherches :

Le territoire cortical dont l'extirpation entraîne des troubles visuels est très vaste, il embrasse, dans le sens longitudinal, tout le lobe occipital, une portion importante du lobe frontal; dans le sens transversal, il s'étend depuis le lobe temporal jusqu'au rebord médian du lobe occipital, empiétant sur la partie médiane de ce dernier. En réalité, l'écorce cérébrale comprend deux zones visuelles qui se superposent dans une grande partie de leur étendue. L'une de ces zones occupe les lobes occipital et pariétal : elle préside au fonctionnement des deux moitiés correspondantes des deux rétines. L'autre, qui occupe en grande partie le lobe pariétal, en partie aussi le lobe postérieur, est en communication avec la rétine du côté opposé. La destruction de la première zone entraîne une hémianopsie homonyme des deux yeux; la destruction isolée de la seconde est le plus souvent impossible, elle nécessite presque toujours la destruction de la première, et alors on observe simultanément une hémianopsie homonyme bilatérale et une amblyopie qui intéresse la portion restante de la rétine du côté opposé; cette amblyopie se traduit principalement par un obscurcissement de l'espace qui embrasse la vision distincte. Souvent, ce trouble complexe fait place, au bout d'un certain temps, à une simple hémianopsie bilatérale homonyme; ou bien l'hémianopsie disparaît, et il ne ne subsiste que de l'amblyopie unilatérale.

Lorsque, dans un cas de lésion circonscrite de l'écorce du lobe occipital, le trouble visuel consécutif s'est dissipé au bout d'un certain temps, une nouvelle destruction de l'écorce développe encore une hémianopsie bilatérale.

Le trouble visuel consécutif à la destruction expérimentale des centres corticaux de la vision, et désigné sous le nom de cécité de l'âme, est constitué par une diminution ordinaire de l'acuité visuelle, affectant les caractères d'une amblyopie.

E. Ricklin.

## BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire populaire illustré d'histoire naturelle, comprenant la botanique, la zoologie, l'anthropologie, l'anatomie, la physiologie, la géologie, la paléontologie, la minéralogie avec les applications de ces sciences à l'agriculture, à la médecine, aux arts et à l'industrie, suivi de la biographie des plus célèbres naturalistes, par J. Pizzetta, officier d'Académie, lauréat de l'Institut, avec une introduction par M. Edmond Perrier, professeur de zoologie au Muséum d'histoire naturelle. Un volume grand in-8° jésus, illustré de nombreuses figures, Paris, A. Hennuyer, 1890.

Je me suis demandé souvent quelle mine nous aurions, nous autres journalistes, bibliographes ou bibliothécaires, si les dictionnaires venaient à disparaître soudainement. La médecine par exemple a besoin du concours de bien des sciences accessoires et un ouvrage de médecine pure, même sobrement écrit, contient parfois des données, des renseignements, des termes ressortissant à ces sciences annexes, qui ne nous sont pas familiers, et quand il n'est pas écrit d'une manière facilement compréhensible, ce qui est loin d'être rare, les dictionnaires nous tirent d'embarras.

Mais il y a dictionnaire et dictionnaire. La plupart de ceux dits « à l'usage des gens du monde » sont insignifiants. Certainement, celui que nous avons sous les yeux me paraît digne d'être recommandé à nos lecteurs. Tons les mots scientifiques s'y trouvent à leur ordre alphabétique, avec leur étymologie, leur définition, leur historique quand il y a lieu. La description de l'objet que représente le mot, est rédigée d'une manière fort claire, concise, à la portée des étudiants sérieux, des professeurs, des savants qui ont besoin de cette description; ainsi que l'a promis l'auteur « il nous donne bien une « idée complète des phénomènes de la nature et de la vie et « il résume d'une façon impartiale les découvertes des savants « contemporains. Enfin il contient ce que l'on serait obligé de « chercher dans une foule de traités distincts ».

Outre la botanique, la zoologie, la minéralogie, la paléontologie, la minéralogie, bien représentées dans un ouvrage de cette nature, nous y trouvons aussi l'anthropologie et la bactériologie, sciences nouvelles, et l'application de toutes ces

sciences à la médecine. Nous ne connaissons pas actuellement de dictionnaire d'histoire naturelle populaire plus complet. Il est accompagné d'un nombre considérable de figures d'une très bonne exécution et M. Périer, le savant professeur du Museum, a écrit une introduction remarquable que l'on pourrait appeler : comment il faut entendre de nos jours l'étude de l'histoire naturelle. M. Périer est le partisan convaincu « de la philosophie, qui en histoire naturelle, cherche à établir la loi à la place du caprice ».

Le sympathique et intelligent éditeur du Dictionnaire n'a donc rien négligé pour assurer le succès du nouvel ouvrage sorti de sa librairie et nous espérons qu'il l'obtiendra.

Dr A. DUREAU.

## BULLETIN

SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — ORIGINE INFECTIEUSE DU TÉTANOS. — ACTION DE L'URINE SUR LES TISSUS.

— M. Lagneau a donné lecture à l'Académie des conclusions qui terminent son long et consciencieux travail sur la diminution de la natalité en France. Dans la pensée de l'auteur, les propositions qui consacrent ces conclusions impliquent les moyens propres à faire disparaître ou tout au moins à atténuer un état de choses qui constitue pour notre pays une cause d'infériorité notable vis-à-vis des autres nations européennes. Parmi les mesures proposées à cet effet, il en est que l'esprit public n'acceptera pas sans peine : par exemple, le projet de changer la législation en ce qui concerne la recherche de la paternité, recherche interdite jusqu'à ce jour chez nous, contrairement à ce qui se passe ailleurs. Il en est d'autres dont l'exécution rencontrera également de grandes difficultés : notamment la diminution du temps consacré au service militaire, attendu qu'il s'agit ici d'un intérêt national supérieur, ou plutôt d'une question de vie ou de mort pour notre pays. Il appartient à ceux qui ont charge de loi d'apprécier ce qui est possible et réalisable dans cet ensemble de réformes proposées : mais celles-ci fussent-elles adoptées et mises en pratique immédiatement, le résultat qu'elles visent se ferait attendre encore bien des années ? Il est vrai que, en pareille matière, la question de temps doit être reléguée au second plan : car le devoir du législateur est de se préoccuper avant tout de l'importance du but à atteindre, sans souci des objections inspirées par l'égoïsme et des intérêts particuliers qui seraient inévitablement lésés par le nouvel état de choses.

— La notion de l'origine infectieuse du tétanos, qui domine à l'heure présente, a trouvé des adhérents aussi bien à l'étranger que dans notre pays. Nous en trouvous la preuve dans les compte rendus de la Société de médecine interne de Berlin, devant laquelle M. Leyden a rapporté trois faits de tétanos chez l'homme, dont l'un suivi de guérison. Dans les trois cas, la présence du bacille de Nicolaïer fut constatée au voisinage immédiat des plaies génératrices de la complication tétanique : De plus, les inoculations tentées successivement sur la souris, le lapin et le chien firent naître des accidents absolument semblables à ceux du tétanos, et qui furent mortels chez les deux premières séries d'animaux. Ce qui nous intéresse dans cette relation, c'est la conclusion à tirer au point de vue de la pathogénie et du traitement. Car on est autorisé à croire, avec M. Leyden, que le tétanos est bien une maladie d'origine virulente, dont les symptômes s'expliquent fort bien par le contact du poison avec les centres nerveux, sans qu'il soit besoin de faire intervenir des lésions anatomiques introuvables ou problématiques. De même on peut admettre, d'une manière générale, que les chances de survie augmentent avec la durée du mal et que, si le patient peut attendre jusqu'au sixième jour, il y a chance sérieuse de le sauver. Enfin l'indication de l'antisepsie locale paraît s'imposer en pareil cas, avec autant et peut-être plus de raison que pour toute autre maladie réputée microbienne et virulente.

— Un débat s'est ouvert dernièrement devant la Société de Biologie, au sujet de l'action que l'urine exerce sur les tissus. On sait que les chirurgiens d'autrefois considéraient l'infiltration d'urine comme un accident grave, particulièrement nuisible à la marche et à la cicatrisation des plaies accidentelles ou opératoires. Mais cette opinion est erronée par plus d'un point : Car, d'une part la clinique lui donne un démenti quotidien : Et, d'autre part, les recherches expérimentales de Gayon, de Bonchard, ont démontré que l'urine est par elle-même aseptique, qu'elle ne devient nuisible qu'après altération préalable. C'est le développement et la multiplication accidentelles du *baccillus pyogènes* qui communiquent à l'urine les propriétés irritantes qui se manifestent dans certains cas sous forme de phlegmons gangréneux et diffus. En instituant à son tour des expériences sur les animaux, M. Tuffier n'a donc fait que confirmer une fois de plus des notions admises à peu près universellement : mais cette preuve nouvelle n'est pas à dédaigner, parce qu'elle est pour ainsi dire la justification anticipée de certaines tentatives chirurgicales en apparence audacieuses et téméraires, comme la résection d'une portion de la paroi vésicale, dans le cas de néoplasme envahissant. M. Bazy a voulu à son tour revendiquer pour la clinique la priorité vis-à-vis de ces notions aujourd'hui incontestables, croyant sans doute ainsi faire œuvre de justice : mais cette revendication n'était pas nécessaire aux yeux de ceux qui associent volontiers l'expérimentation à l'observation, celle-ci devant servir de contrôle à celle-là. Ce qui ressort, en fin de compte, de ce débat d'ailleurs épuisé, c'est que la chirurgie des voies urinaires, de même que les autres branches de la chirurgie générale, est tributaire pour une certaine part de la physiologie et de l'expérimentation sans lesquelles un certain nombre de questions resteraient perpétuellement à l'état de problèmes. Il en est maintenant ainsi, pour toutes les branches de la pathologie, et le progrès dans notre art ne saurait plus aujourd'hui se comprendre autrement.

P. MUSELIER.

## NOTES ET INFORMATIONS

Le Conseil général des Facultés et Ecoles de Paris, réuni lundi dernier, s'est prononcé en faveur du maintien de la mesure, suivie jusqu'ici, qui admet les diplômes d'études secondaires délivrés à l'étranger, pour commencer en France les études supérieures.

Il a émis le vœu que les Facultés puissent autoriser leurs élèves à faire une partie de leur scolarité dans les universités étrangères et que les diplômes délivrés par celles-ci puissent être considérés comme les équivalents des diplômes français, mais au *point de vue scientifique seulement* et comme conditions de recherche d'un grade supérieur ; enfin, que les équivalences obtenues ne soient plus assujetties au paiement des droits conformément à l'article 5 du décret du 22 août 1854, et qu'en attendant, le ministre veuille bien user largement du droit qu'il possède d'en faire la remise.

— Le Conseil municipal de Paris vient de consacrer une série de séances à la réglementation de la prostitution. L'internement des filles à Saint-Lazare était principalement l'objet des attaques d'un grand nombre de conseillers, qui voulaient que les vénériennes syphilitiques fussent traitées dans les hôpitaux et hospices au titre de malades ordinaires.

— Il y aurait beaucoup à dire à un pareil état de choses, et à bien des points de vue. —

Néanmoins, il a été décidé que les filles atteintes de maladies — dans l'exercice de leur profession, comme on dit à l'Hotel-de-Ville — seraient traitées dans un asile sanitaire à créer, et où seraient envoyé les femmes reconnues malades par le médecin du dispensaire municipal. Celles-ci devronts'y rendre dans les 24 heures. Passé ce temps, M. le Préfet de police réclamait comme sanction, la recherche par des agents spéciaux et l'internement à Saint-Lazare. Mais, après discussion, il a été décidé que les insoumises seraient recherchées puis hospitalisées dans un quartier spécial de l'asile.

Quant aux filles mineures, très nombreuses, paraît-il, prises en délit de racollage, le Conseil a décidé également pour celles qui sont originaires de la Seine la fondation d'un asile spécial rattaché au service des enfants moralement abandonnés. Une infirmerie y sera adjointe pour les vénériennes.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA CRÉMATION. — Ce Congrès se tiendra le 4 août, à Berlin.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Hôpitaux.* — Le concours de l'internat commencera le mercredi 15 octobre. Le concours de l'externat s'ouvrira le jeudi 16 octobre.

## NOUVELLES

*Concours du bureau central.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés médecins du Bureau central MM. les docteurs Richardière, Thiblerge et Galliard.

***

*Faculté de médecine de Lyon.* — Ont été nommés chefs de clinique, à la suite du dernier concours; *clinical en médecine*, M. Paliard; *chirurgie*, M. Ch. Audrys: *ophthalmologie*, M. Rossigneux; *maladies mentales*, M. Roöet; *syphilis et dermatologie*, M. Bernard.

***

*Ecole de médecine navale.* — Par décret, en date du 22 juillet, la ville de Bordeaux est désignée pour être le siége de l'Ecole de médecine navale. Cette école relèvera du vice amiral, commandant en chef préfet du quatrième arrondissement maritime. La constitution de l'école, l'enseignement, etc. sont déterminés par arrêtés ministériels.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Résultats fournis par la dissection du bras d'un enfant hémimèle (1), par G. Variot.

Lors de la présentation à la Société d'anthropologie du bras de l'enfant hémimèle dont nous avons rapporté l'histoire, nous avons fait remarquer dans notre description que le moignon de l'avant-bras avait les apparences d'un moignon d'amputé.

Nous doutions néanmoins qu'il s'agit d'une amputation congénitale, à cause de la présence de bourgeons cutanés qui s'étaient développés à l'extrémité du moignon.

M. Mathias Duval a fait justement observer que cette repullulation des extrémités à la suite d'une perte de substance était conforme aux lois ordinaires de la nutrition de l'embryon qui se comportait à la manière des animaux à sang froid.

L'opinion de notre éminent maître concluant à l'amputation congénitale pour expliquer l'hémimélie dans notre cas a été pleinement confirmée par la dissection de la pièce.

L'enlèvement de la peau met à nu une couche de tissu cellulo-adipeux un peu plus épaisse dans la portion arrondie de l'avant-bras sectionné. Le tissu cellulaire qui est en contact avec l'extrémité des tronçons du radius et du cubitus s'est condensé et a pris une apparence fibreuse.

L'examen microscopique de ces mêmes parties permet de constater que ces bourgeons sont formés uniquement de tissu fibreux, avec des prolongements papillaires qui dépassent en longueur même les papilles de la pulpe des doigts. Le revêtement épidermique à la surface de ces prolongements papillaires est normal.

Entre les faisceaux fibreux dermiques, dans les deux tubercules les plus développés, on voit de grosses glandes sudoripares. Le réseau électrique est bien apparent. Les grandes papilles recouvrant les bourgeons sont richement vascularisées, mais nous n'y distinguons pas de corpuscule de Meissner; il est vrai que la pièce n'a pas été bien fixée.

Tous les muscles de l'épaule et du bras ont leur configuration et leurs insertions ordinaires.

Le biceps est pourvu de son aponévrose antibrachiale et va s'attacher à la tubérosité tricipitale du radius. Le brachial antérieur vient à l'apophyse coronoïde et le triceps à l'olécrane. — Rien de changé dans les dispositions normales jusqu'au pli du coude.

L'artère humérale un peu grêle se bifurque et donne deux petits rameaux très fins correspondant aux artères radiale et cubitale et allant se perdre dans les petites masses musculaires épitrochléenne et épicondylienne.

Le nerf médian, le nerf cubital, le nerf radial, à part leur réduction de volume, ont tous leurs rapports normaux jusqu'au pli du coude.

Le nerf médian se prolonge au-delà du pli du coude en un petit rameau fin qui semble se perdre sur le périoste du radius.

Le nerf cubital, après avoir côtoyé le bord interne de l'o-

(1) Communication faite à la Société d'Anthropologie le 19 juin 1890.

## FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

23 juillet.

Réformes et projets de réforme dans l'exercice et l'enseignement de la médecine. — Marseille réclame une Faculté. — Suppression du baccalauréat ès sciences restreint. — Bordeaux va posséder une Ecole de médecine navale. — Le prochain Congrès international de médecine de Berlin. — Une statue à Ricord. — Nos morts : Trélat, Goubaux, Bertherand, Amagat, Chadwick, Louis Pénard.

Le vent est aux réformes. Si nous commencions d'énumérer toutes celles qui sont en gestation, rien que dans l'ordre scientifique et médical, nous risquerions de n'en pas finir de sitôt.

En premier lieu, et depuis déjà longtemps, nous avons en perspective le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine. Mais il est encore à l'état de projet.

Puis, la suppression des officiers de santé revient sur l'eau, mais elle aussi, reste toujours à l'état de projet. Peut-être même n'est-ce pas un mal, lorsque l'on considère la désertion de plus en plus marquée des campagnes par les médecins qu'attirent les grandes agglomérations.

Et la révision des tarifs et des conditions d'exercice de la médecine légale. Cette double question est plus que jamais à l'ordre du jour. Nous souhaitons qu'elle ne reste pas longtemps sans solution et nous espérons que cette solution sera favorable aux justes revendications du corps médical, dont la complaisance est exploitée par les juristes qui, trop souvent, poussent leur pouvoir discrétionnaire jusqu'à l'indiscrétion.

Et l'éternelle question de l'assistance médicale des indigents qui reparaît, elle aussi, etc., etc.

***

Le ministère lui-même prend l'initiative de certaines réformes. Ainsi M. Bourgeois, le grand chef de l'instruction publique de ce moment, ne vient-il pas de déposer sur le bureau de la Chambre, un projet de loi sur la création d'Universités provinciales!

Et comme par ricochet, Montpellier s'émeut et prend feu dès que l'on parle d'accorder à Marseille une Faculté de médecine; Montpel-

lécrane, plonge dans la masse musculaire de la région interne du moignon et disparaît dans un petit tronçon de muscle qui doit être regardé comme le cubital antérieur.

Les masses musculaires épitrochléennes et épicondyliennes sont respectivement représentées.

Le muscle rond pronateur est assez bien développé. Le grand palmaire, le petit palmaire sont bien apparents : le cubital antérieur l'est moins. Ces muscles n'ont pas de tendon inférieur distinct ; ils viennent s'insérer en se confondant sur le tissu fibreux périostique qui recouvre l'extrémité du radius fortement renflée.

Le long supinateur et des ébauches des muscles radiaux s'attachent par une petite aponévrose nacrée sur le côté externe de l'extrémité du tronçon radial. Le court supinateur existe. Il est fort remarquable que le tronçon du radius est dans la pronation forcée et permanente. L'extrémité du radius chevanche sur le cubitus qui est placé sur un plan postérieur. Ce chevanchement en pronation permanente du radius sur le cubitus trouve son explication dans le développement relatif du muscle rond pronateur et dans la présence du biceps. Ces deux muscles agissent dans le même sens. Les tronçons du radius et du cubitus détachés des surfaces articulaires du coude, n'ont que quatre centimètres de longueur.

L'articulation du coude est absolument complète et normale. Les surfaces diarthrodiales du radius et du cubitus sont régulièrement conformées.

L'extrémité inférieure du radius est un peu renflée et aplatie ; celle du cubitus est plutôt arrondie. Ces deux tronçons osseux sectionnés suivant leur longueur, laissent voir les épiphyses du côté de l'articulation du coude. Mais à leur extrémité inférieure le radius et le cubitus sont complètement *ossifiés*.

A ce niveau il n'y a ni cartilages d'encroûtement ni cartilages épiphysaire. Cette absence d'épiphyse inférieure est bien une preuve que l'amputation a porté sur la diaphyse et qu'il n'y a pas eu un simple arrêt de développement du squelette et du reste du membre.

Des coupes de la moelle cervicale de cet hémimèle ont été faites par M. Bourbon aide du laboratoire d'histologie. L'examen de ces coupes montre manifestement une atrophie portant à peu près uniquement sur la corne antérieure et la corne postérieure du côté de l'hémimélie. — Les cordons blancs semblent symétriques des deux côtés de la moëlle, au contraire l'asymétrie est frappante surtout quand on considère à un faible grossissement les deux cornes antérieures. La corne antérieure du côté amputé est d'un quart plus petite que la corne du côté sain. La diminution de volume porte surtout sur la région externe de la corne.

A part cette diminution très apparente de la substance grise que nous croyons devoir faire exactement représenter, y a-t-il d'autres altérations microscopiques dans les cornes ?

Nous en doutons : peut-être les cellules sont elles un peu moins nombreuses du côté de l'hémimélie. — Mais en résumé il nous paraît qu'il s'agit surtout d'une atrophie en masse de la substance grise, sans toutefois affirmer qu'il n'y ait pas d'autres altérations qui nous échappent.

## CHIRURGIE

### TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr S. Pozzi

professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

(*Suite*) (1)

Énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — J'éliminerai tout d'abord les masses métastatiques sous-péritonéales que l'on rencontre soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans les fosses iliaques, en même temps que des tumeurs pédiculées d'un ou de deux ovaires. S'attaquer à ces masses microkystiques et colloïdes, infiltrées plutôt qu'incluses sous la séreuse, c'est courir audevant d'un échec opératoire certain; rarement il est possible de les extraire en entier, et les délabrements énormes qu'on est amené à faire, joints aux vestiges de néoplasmes laissés adhérents, suffisent à amener l'infection. On doit donc se borner alors à enlever la tumeur ovarienne pédiculée, si cette opération est simple, en laissant en place les masses secondaires; ou même refermer le ventre, si les adhérences multiples qui existent en pareils cas presque toujours font prévoir une opération à la fois laborieuse et incomplète.

*Kystes parovariens hyalins.* — Ces kystes, à parois minces, à

(1) Voir les deux numéros précédents.

---

lier, le siége de la vieille école, la mère et la grand'mère de tant d'élèves, l'aïeule de tant de Facultés, jadis ses suivantes puis ses imitatrices, aujourd'hui plus prospères qu'elle pour la plupart, en raison de leur jeunesse; Montpellier qui célébrait, il y a deux mois, avec tant de solennité son sixième centenaire! Et voici qu'à côté d'elle une jeune rivale prétendrait à cerôle d'*alma mater* des médecins de l'avenir. — Oh! que nenni! Cela ne sera pas si facile. Tout le Conseil municipal de Montpellier donnera plutôt sa démission en masse. Et le doyen de la Faculté suivra. Qui sait? Les massiers eux-mêmes démissionneront. — Et les députés, et les sénateurs! etc., etc.

Est-ce que Toulouse n'avait pas voulu, elle aussi, avoir sa Faculté de médecine? On lui en avait même accordé l'autorisation, il y a quelque dix ou douze ans. Mais ce que Toulouse n'a pas osé, Marseille, *tu sais, mon bon*, Marseille est capable de l'oser.

Et peut-être alors dans quelques années, les deux Universités de Montpellier et de Marseille vivront en bonnes voisines, feront acte de camaraderie, se passeront et se prêteront leurs professeurs de l'une à l'autre, et tout ira pour le mieux sur les rives de la Méditerranée et sous ce beau ciel bleu.

***

Mais voici qu'on veut encore changer sous prétexte d'amélioration les portes d'entrée des études médicales. Le baccalauréat ès sciences restreint a fait son temps. Si les étudiants en médecine étaient jusqu'à ce jour peu instruits dans l'étude des sciences physiques, chimiques et naturelles, la faute en est au baccalauréat restreint. Aussi va-t-on le remplacer par un *baccalauréat médical spécial*, lequel aurait l'avantage de mieux faire reconnaître si les candidats aux études médicales, ont les aptitudes voulues. *Qu'es-aco*, dira-t-on à Montpellier comme à Marseille?

Mais n'est-ce pas là du piétinage sur place, tout simplement un changement de nom? Espérons qu'il y aura autre chose. En tout cas, il se pourrait que ce changement du nom du baccalauréat fût suivi du déplacement des parties correspondantes de l'enseignement des sciences accessoires.

Il y aura des pleurs et des grincements de dents en Israël.

Pourquoi donc les chaires de Physique, de Chimie, d'Histoire naturelle, seraient-elles conservées dans les Facultés de médecine puisqu'il y en a de pareilles dans les Facultés des sciences? Ah! si ces chaires étaient un peu plus médicales, leur existence serait

contenu limpide, nés dans l'épaisseur du ligament large, peuvent de là avoir cheminé sous la séreuse jusque dans le mésocôlon et le mésentère. Ils sont très faciles à séparer de la séreuse, qui n'adhère pas à leur surface, à moins d'inflammation antérieure. Quand on les aura reconnus à leur aspect, il faudra faire avec précaution un pli au péritoine qui les recouvre, l'inciser, introduire dans la boutonnière le doigt et détacher la séreuse dans une petite étendue; sur la surface ainsi rendue libre on enfoncera le trocart et on extraira le liquide. Le trocart retiré, l'orifice oblitéré par des pinces, on décolle plus largement le péritoine à la surface du kyste, on l'incise dans une étendue suffisante, et, par des tractions successives aidées de l'action du doigt qui brise les liens cellulaires, on extrait la totalité de la poche. On place au fur et à mesure, des pinces sur les vaisseaux qui donnent. La cavité que laisse l'énucléation s'affaisse d'elle-même sans qu'il soit nécessaire de s'en inquiéter (1).

Si la poche a été rendue adhérente par une inflammation, consécutive souvent elle-même à une apoplexie intra-kystique dont on retrouve les vestiges dans la coloration du liquide et les dépôts brunâtres de la paroi, l'opération est plus difficile. Je me suis trouvé deux fois aux prises avec des cas de ce genre, et je n'en suis venu à bout qu'en ayant recours à ce procédé que je recommande: incision large de la poche; fixation des lèvres de la plaie avec une couronne de pinces confiées à un aide; introduction de la main gauche dans l'intérieur du kyste, de manière à se rendre un compte exact de ses connexions et à aider du dedans les efforts de décortication de la main droite, agissant au dehors sous le péritoine. Une règle très importante est de procéder méthodiquement, avec suite, de ne pas disséminer ses efforts en abandonnant l'endroit par lequel on a commencé la décortication. Enfin, si possible, on ménagera l'ovaire généralement sain.

*Kystes du ligament large papillaires et kystes glandulaires inclus.* — Je réunis ces deux espèces de kystes, quelque différence anatomique qu'ils présentent d'ailleurs, parce qu'au point de vue opératoire ils offrent ici de grandes ressemblances. J'ai déjà dit que les kystes papillaires du ligament large (1), quoique procédant sans doute du parovaire (soit de sa portion intra ligamentaire, soit de celle qui pénètre dans le hile de l'ovaire), ne sont pas de ceux que les cliniciens ont l'habitude de désigner habituellement sous le nom de kystes parovariens. Ils appliquent le plus souvent ce mot à la variété parovarienne, effectivement la plus commune, des kystes hyalins.

La poche des kystes parovariens papillaires est épaisse, doublée souvent de fibres musculaires lisses qui semblent les relier à l'utérus; leur contenu est trouble ou lactescent; ils renferment des masses végétantes, en chou-fleur. Au point de vue de l'épaisseur et de la vascularité de leur paroi, ils se rapprochent donc des kystes glandulaires ou papillaires de l'ovaire. Ces kystes eux-mêmes, soit par suite de leur point de départ au niveau du hyle de l'organe (kystes papillaires), soit par suite d'un développement semi-hétérotopique ou d'une prédisposition congénitale (kystes glandulaires), peuvent dédoubler le ligament large pour y enfouir leur base au lieu de se pédiculiser. Les connexions étroites et intimes avec la séreuse, l'utérus, le plancher et les parois du bassin, constituent des traits nouveaux de ressemblance. La différence capitale, au point de vue des connexions anatomiques est dans l'indépendance de l'ovaire pour les kystes parovariens, et dans sa fusion avec la tumeur pour les kystes ovariens. Capitale au point de vue purement anatomique, cette différence est au contraire médiocre au point de vue opératoire.

Pour tous les kystes inclus dans le ligament large, la décortication est très pénible à cause de l'adhérence du péritoine qui ne se détache souvent que par lambeaux; elle est en outre laborieuse à cause des gros vaisseaux profondément situés; enfin elle est dangereuse, vu les rapports étroits de la base de la poche avec l'uretère et la possibilité d'arracher ou de blesser ce conduit (2).

(1) La première indication nette de décortication des kystes inclus a été donnée par Miner, de Buffalo. (Internat. medic. Congress, 1876, p. 801.) Voir sur la technique : L. Tait. (Edinburgh med. Journal, juillet 1889.)

(1) William Goodell. (Americ. Journal of Obstetrics, janv 1888), dans une étude intéressante consacrée à ces kystes, propose de les désigner sous le nom de kystes intra-ligamentaires, en réservant le nom de parovariens ou kystes du ligament large aux kystes à contenu limpide. Il me semble que le seul moyen d'éviter la confusion est de viser la nature du contenu et de dire kystes (parovariens) hyalins et kystes papillaires, intra-ligamentaires ou du ligament large.

(2) Il faut distinguer la conduite à tenir immédiatemeet, quand

justifiée. Mais elles se contentent presque toujours d'être techniques. Elles oublient trop leur rôle de sciences d'application. Il y a donc double emploi.

***

L'École de médecine navale est définitivement créée à Bordeaux; elle relèvera du préfet maritime de Rochefort et aura trois succursales : à Brest, à Rochefort et à Toulon où fonctionnent déjà des Écoles de médecine navale.

Tout pour les jeunes. — Lyon a depuis un an l'École de médecine militaire. Et la Faculté de Nancy, héritière de celle de Strasbourg attend en vain un dédommagement. Et Montpellier n'a en perspective qu'un amoindrissement. C'est le lot de la vieillesse. Et puis, on ne le sait que trop, l'ingratitude est le premier défaut, d'aucuns disent le premier devoir, des démocraties!

***

Cependant tout progresse, ou presque tout. On vient de fonder une chaire d'Histoire de la médecine à l'Université de Baltimore. La Sibérie ne reste pas en arrière; la Faculté de médecine de Tomsk s'organise avec rapidité. Il n'est pas jusqu'au Japon qui ne veuille participer au mouvement qui nous entraîne. Tokyo a été en effet au mois d'avril dernier le siège d'un Congrès médical.

***

A propos de Congrès, celui qui va se réunir à Berlin n'a-t-il déjà pas fait assez verser de flots d'encre? Les Français doivent-ils ou non y participer? La majorité des journaux de médecine semblait dès l'abord pencher vers l'*abstentionnisme*. Mais voici que les ministères ont nommé des délégués. Le professeur Virchow nous fait des avances, en expliquant et en atténuant par ses explications complémentaires des phrases qui étaient restées dans la mémoire de beaucoup de Français, phrases écrites en 1871 au lendemain de nos désastres. Et de fait, la science ne saurait avoir de frontières. Nos compatriotes auraient tort de bouder. Puisque quelques Français sont chargés d'aller au Congrès international de Berlin, que le plus grand nombre possible de nos savants les y accompagnent! C'est un devoir aussi patriotique qu'humanitaire. Le Corps médical de Lyon l'a compris, ce devoir, puisqu'il doit être représenté au Congrès de Berlin par MM. Lortet, Ollier, Lépine, Arloing, Lacassagne, Raymond Tripier, Bard, Sabatier, Dor, Devic, etc. (*Lyon médical*, numéro du 27 juillet).

Il vaut mieux vider d'emblée la poche; la partie saillante en est alors saisie avec des pinces de Nélaton, portée hors de la plaie abdominale, et on y dessine au bistouri une grande ellipse où est inscrite toute la partie de la poche qu'on a pu faire sortir de l'abdomen. L'incision ne comprend, si possible, que le péritoine, et on décolle alors la séreuse en s'aidant de pinces, de la spatule et du doigt, de façon à disséquer une collerette circulaire de plus en plus profonde, concentriquement à la poche kystique contre laquelle on chemine. Il vaut mieux commencer ce travail de décortication dans les points les plus vasculaires et lier d'emblée les gros vaisseaux qui alimentent les troncs secondaires. Il sera souvent nécessaire, pour s'orienter, de faire placer et maintenir par un aide une sonde dans la cavité utérine, car l'utérus est parfois tellement déplacé ou masqué par la tumeur qu'on ne le retrouve que difficilement. Pour le détachement des adhérences utérines, il faut autant que possible attirer cet organe hors du ventre, et le faire reposer sur un lit de compresses-éponges. Il est des cas où l'on sera amené à pratiquer l'hystérectomie pour simplifier la manœuvre et terminer rapidement une opération déjà longue.

L'hémostase définitive sera obtenue soit par des ligatures, soit par des sutures en surjet au catgut qu'il faut passer très superficiellement sur toute la surface de la plaie saignante pour éviter de blesser des vaisseaux profonds. La compression temporaire avec des compresses-éponges, l'attouchement au thermocautère, pourront avoir raison des suintements capillaires persistants. Si ces moyens ne réussissaient pas, je préférerais à la forcipressure à demeure, le tamponnement du péritoine avec de la gaze iodoformée, avec réunion des pinces dans l'angle inférieur de la plaie.

L'opération terminée, il faut diminuer autant que possible l'étendue de la plaie intra-abdominale en rapprochant par des sutures au catgut les lambeaux du péritoine. On excisera les débris flottants. S'il existe une cavité trop profonde pour qu'elle puisse être comblée facilement par une suture en surjet du ligament large, on devra se préoccuper du clapier ainsi constitué et le séquestrer de la grande cavité abdominale. Suivant les cas, on choisira la suture des bords de la poche à la plaie abdominale avec tamponnement à la gaze iodoformée, ou bien l'introduction d'un tube en croix par le fond de la poche dans le cul-de-sac postérieur du vagin, puis suture exacte au catgut de cette poche du côté du péritoine (Martin). L'introduction de ce tube se fera plus facilement par le vagin, de bas en haut, en suivant les préceptes que j'ai donnés.

Opérations incomplètes; marsupialisation du kyste. — Lorsque la ténacité des adhérences aux parois pelviennes ou

---

on s'aperçoit de la blessure de l'uretère, on tardivement, quand la malade ayant survécu aux accidents qui peuvent se développer, il persiste une fistule uretéro-abdominale, ou uretéro vaginale. Ce dernier point rentre dans l'histoire des fistules urinaires, et je rappelle simplement que pour un cas de ce genre, Simon le premier pratiqua la néphrectomie.

La conduite à tenir quand on s'aperçoit d'une blessure de l'uretère au cours d'une opération est de suturer le plus exactement possible la plaie du canal, et d'y placer une sonde en gomme à demeure en pratiquant le cathétérisme par la vessie (procédés de Pawlik et de Simon) d'abord, puis guidant la seconde par la plaie abdominale. Je crois qu'il serait également prudent en pareil cas de faire le tamponnement antiseptique du péritoine au-dessus de l'organe blessé, car la réunion peut manquer et il faut donner une issue au liquide en mettant tout son espoir dans les adhérences protectrices qui peuvent alors en limiter le foyer. Schopf (Allg. Wiener med. Zeit., n° 31, 1886), dans un cas d'ovariotomie de kyste intra-ligamentaire où l'uretère avait été blessé, a d'abord placé des pinces provisoirement sur les deux bouts, puis les a réunis par 8 points de suture de sole ne comprenant pas la muqueuse. Il y eut guérison temporaire de 4 semaines, puis des accidents survinrent et emportèrent la malade en moins de deux mois. On trouva à l'autopsie une dégénérescence amyloïde des reins et de la péritonite plastique. Dans un autre cas, le même auteur préférait désormais réunir l'uretère divisé sur une sonde anglaise (de gomme), passant par l'urèthre dont elle n'occuperait qu'une faible partie de manière à ne pas obstruer le passage pour l'urine du second rein. Gusserow (Charité-Annalen, XII Jahrgang) a lié l'uretère dans les circonstances suivantes: dans le cours de l'énucléation d'un kyste malin intra-ligamentaire, un petit lambeau de la tumeur qui n'avait pu être enlevé avait été lié au fond de la plaie; l'uretère avait été compris dans la ligature, car au 9e jour survint un gros abcès avec péritonite septique et la malade succomba le 15e. Dans une occasion semblable Gusserow conseillait l'ouverture du foyer purulent par le cul-de-sac postérieur du vagin, pour qu'il se constituât une fistule uretéro-vaginale. Je préférerais en pareil cas faire le tamponnement antiseptique du péritoine.

---

***

Quelques mois à peine étaient écoulés depuis la mort de Philippe Ricord, que déjà un Comité se formait pour ériger une statue à sa mémoire. Et les souscriptions affluent. Un chiffre sérieux est déjà atteint. Ah! comme le monument serait bien plus vite dressé si tons les malades qui ont passé par le cabinet de Ricord venaient apporter leur obole à la statue de leur Esculape, l'Esculape des vénériens!

***

Quels vides se sont faits dans nos rangs depuis quelques mois! Le professeur Ulysse Trélat meurt, presque jeune, à 62 ans, des suites de cette grippe dont on riait au début de l'épidémie. Trélat, un des plus originaux sinon des plus brillants professeurs de notre Faculté. Il avait l'éloquence familière. Mais quels gestes! — Quelle action!

En vain entremêlait-il, on mieux entrecoupait-il ses phrases de quintes de toux, plus pénibles pour ses auditeurs que pour lui, il captivait quand même et presque d'autant mieux l'attention. Il affectait pour ainsi parler d'être grincheux. Mais une lucidité admirable dans l'expression, une facilité surprenante dans l'art de saisir les questions et d'en faire ressortir les grandes lignes, un esprit merveilleux, sont-ce là des qualités banales (1)?

Donnons aussi des regrets à un autre académicien, Goubaux, professeur à l'Ecole d'Alfort, savant modeste, bienveillant, consciencieux. Il faisait peu de bruit, mais il laisse des travaux qui resteront dans la science vétérinaire.

Quelle mort tragique que celle du Dr Bertherand, le directeur de la *Gazette médicale* de l'Algérie. En tournée professionnelle, il a un torrent à traverser. Le torrent gros d'un récent orage l'entraîne avec sa monture, et Bertherand se noie!

N'est-elle pas sinon aussi tragique, du moins aussi inattendue, la mort d'Amagat, député du Cantal? De simple médecin de campagne, et d'une des campagnes les plus désolées de la France, (il habitait Cézens, village adossé au Plomb du Cantal), Amagat va passer les épreuves de l'agrégation pour les sciences naturelles. Il professe à Montpellier, y suscite presque des émeutes, est révo-

(1) M. Marcel Baudoin a eu l'heureuse idée de publier sous le titre: *Obsèques du professeur Trélat*, une intéressante brochure. A la suite d'une courte notice biographique, on trouve reproduits les discours prononcés sur la tombe de l'illustre chirurgien. In-8 de 28 pages, avec un beau portrait.

aux feuillets du ligament large rend impossible soit la formation d'un pédicule, soit l'énucléation, il reste encore une ressource au chirurgien. Elle consiste à fixer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détaché, et à tamponner ou à drainer cette dernière comme une cavité d'abcès, en confiant à la nature le soin de l'oblitérer ou de l'éliminer. Avant de procéder à la fixation de la poche dans la paroi abdominale, on commencera par fermer toute la portion supérieure de celle-ci, en ne laissant libre à son angle inférieur que l'espace jugé nécessaire pour l'accomplissement de la manœuvre. La poche ouverte est maintenue élevée au-dessus du ventre par un aide : à l'aide de pinces, si cela est nécessaire, on y ménage un ou deux grands plis, dont on assure la permanence par un point de suture. Puis on assujettit le pourtour de la poche, modérément tendue, en passant en couronne une série de points de suture à la soie forte qui traversent toute l'épaisseur de la poche et toute celle des parois abdominales, à deux centimètres des bords de la plaie. Chaque point doit être immédiatement tangent à son voisin. On fait ensuite une deuxième rangée de points de suture superficiels réunissant la peau seule à la poche. On nettoie soigneusement son intérieur en enlevant toutes les végétations, tout le revêtement muqueux ; on la lave au sublimé, puis on y place un gros drain percé seulement de deux trous à sa partie inférieure, et autour duquel on tasse doucement de la gaze iodoformée.

Cette conduite, préconisée dans ses grandes lignes, par Clay, Spencer Wells, Péan (1), et adoptée ensuite par tous les autres opérateurs, n'est évidemment qu'un pis-aller. Elle peut donner d'excellents résultats avec les kystes uniloculaires à parois minces comme les kystes hyalins parovariens, quand ils ont été rendus adhérents par l'inflammation ; mais on a rarement l'occasion de l'appliquer en pareil cas. C'est presque toujours pour les kystes prolifères qu'on est dans l'obligation d'y recourir. Alors, surtout quand les parois kystiques présentent des végétations papillaires, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, et la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement (1). On a vu une dégénérescence maligne se montrer au niveau de la plaie. On pourra diminuer considérablement ces mauvaises chances en prenant soin de débarrasser le plus possible avec les doigts ou une curette mousse tout l'intérieur de la poche des éléments glandulaires qu'il contient. Rheinstädter (2), qui insiste beaucoup sur cette manœuvre, a obtenu ainsi sept guérisons durables, dont quatre dataient de plus de deux ans. Dans les cas les plus heureux, la poche se mortifie et s'élimine en totalité.

Ce procédé, qui crée au-devant du pubis une poche quelque peu comparable à celle des sarigues, a reçu pour cette raison, de quelques auteurs américains le nom expressif de *marsupialisation*.

On devra toujours procéder le plus rapidement possible à une ovariotomie dans les cas simples sans adhérences notables ; la durée moyenne, en y comprenant la suture des parois, peut, comme je m'en suis assuré moi-même, ne pas excéder 20 minutes. Toute opération péritonéale qui dure plus d'une heure acquiert par cela seul un degré spécial de gravité. Celle-ci sera diminuée le plus possible par certaines précautions : l'assistant maintiendra toujours la plaie abdominale ouverte au *minimum* ne laissera jamais à nu l'intestin ou l'épiploon, qu'on recouvrira de compresses humides et chaudes ; l'opérateur manœuvrera, dès qu'il le pourra, hors du ventre, et nettoiera constamment ses mains en les plongeant dans la cuvette de solution sublimée à 1/5000 placée auprès de lui. L'*éviscération* ou extraction temporaire du paquet intestinal, qui est placé sur les parois abdominales enveloppé de compresses chaudes, donne assurément beaucoup de jour à l'opérateur, mais c'est une manœuvre grave qui desquamme l'épithélium, coagule le sang dans les fins réseaux intestinaux, expose à la paralysie subséquente de l'intestin. On peut éviter d'y avoir recours en faisant relever avec force tout le paquet intestinal dans l'intérieur du ventre par la main de l'assistant, recouverte d'une compresse-éponge. On peut aussi faire soulever le bassin de la malade par un aide qui place les genoux de l'opérée sur ses

(1) Péan. (Union médicale, décembre 1869. — Gazette des hôpitaux, 25 nov. 1871.) — Urdy. De quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie. Thèse de Paris, 1874.

(1) Terrier, Résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire. (Revue chir., 1881, t. I, p. 626.)

(2) Rheinstädter. (Sieben Ovariotomie mit Einähung der Tumorbasis in die Bauchwundeheilung ohne Recidiv. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1884. Bd. X, p. 257.)

qu par M. Jules Ferry, le ministre d'alors, et se venge en se présentant à la députation. Nommé, il obtient un succès de fou rire en raison de son accent et de son débit empbatique. Mais l'Arverne est tenace. Amagat est Arverne ; il ne se rebute pas, travaille, travaille encore, travaille toujours, remonte le courant contraire, surnage et arrive à être l'un des orateurs les plus écoutés de la Chambre. Il a suffi de quelques minutes pour le ravir à l'existence. Amagat n'avait que 42 ans.

Paul Loye était encore plus jeune. Elève et collaborateur de M. Brouardel, physiologiste d'avenir, il était devenu maître de Conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, lorsqu'il a succombé.

Un souvenir encore à l'éminent hygiéniste anglais Edwin Chadwick, qui, lui, est mort comblé de jours ; et aussi à Louis Pénard l'éminent médecin légiste de Versailles (1), membre correspondant de l'Académie de médecine dont le président annonçait la mort dans la dernière séance.

Dr Péter-Paul SOMANS.

(1) Un journal a commis la singulière méprise de confondre dans une même notice les titres scientifiques et les œuvres de deux médecins bien différents, du Dr Louis Pénard et du Dr Lucien Pénard, ancien médecin de la marine et auteur d'un Manuel d'accouchements devenu presque classique.

## NOTES ET INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Étudiants étrangers en France.* — Les étudiants étrangers inscrits dans les facultés de médecine, au deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890, sont au nombre de 908.

Paris en compte 822, se décomposant comme suit :

6 allemands, 51 anglais, 7 autrichiens, 7 belges, 8 bulgares, 34 espagnols, 34 grecs, 6 hollandais, 12 italiens, 1 monégasque, 1 norwégien, 18 portugais, 85 roumains, 261 russes, 20 serbes, 1 suédois, 25 suisses, 71 turcs, 159 américains (États-Unis), 13 égyptiens, 1 persan, 1 australien.

Bordeaux compte 17 étrangers, dont 2 anglais, 2 belges, 1 américain (États-Unis), 1 égyptien, 5 mauritiens, 5 argentins, 1 cubain.

Lille compte 3 étrangers, dont 1 anglais, 2 russes.

Lyon compte 8 étrangers, dont 1 russe, 2 suisses, 3 turcs, 1 égyptien, 1 malgache.

Montpellier compte 53 étrangers, dont 2 anglais, 14 bul-

épaules, en lui tournant le dos. L'opérateur doit alors changer de place et se mettre sur le côté.

Le *pansement* est des plus simples : en effet, la plaie étant exactement affrontée, si l'opération a été aseptique, on pent dire qu'il n'y aurait théoriquement besoin d'aucun pansement topique, et que l'immobilité et la compression suffiraient. J'ai eu de très belles réunions avec la simple ouate. Toutefois, il vaut mieux se mettre en garde contre une infection possible, et user de l'antisepsie pour tout ce qui n'est pas l'intérieur de la cavité péritonéale. J'ai l'habitude de laver la surface du ventre au sublimé, de saupoudrer légèrement la ligne de suture avec de l'iodoforme, d'appliquer un gâteau de gaze iodoformée coupée en lanières et chiffonnée; par-dessus, une couche de coton hydrophile, puis un matelas élastique fait avec de la tourbe emprisonnée dans une enveloppe de gaze, enfin un bandage en flanelle faisant le tour du corps. On ne doit pas accumuler trop d'ouate ni exercer une compression trop forte, comme l'ont fait les premiers opérateurs.

Soins consécutifs. Accidents. — La malade doit être sondée toutes les trois heures pendant les deux premiers jours au moins, et davantage s'il est nécessaire. Elle est couchée dans un lit préalablement chauffé, les cuisses légèrement relevées par un coussin placé au-dessous des genoux; si l'opérée est très affaiblie et dans un état syncopal, on tâchera de la relever par des injections sous-cutanées d'éther et on la maintiendra enveloppée de linges chauds.

On est parfois averti d'une *hémorrhagie interne* peu après l'opération par un sentiment d'angoisse subite, des défaillances, des frissons, des sueurs froides, l'affolement du pouls; la face pâlit; les extrémités se refroidissent. Lorsqu'on a établi un drainage, on voit en outre le sang sourdre par le tube. Dans un cas de ce genre Hofmeier, soupçonnant cet accident chez une opérée de Schröder, osa défaire deux points de suture huit heures après l'ovariotomie, trouva l'abdomen rempli de caillots, le pédicule échappé de sa ligature, et put sauver ainsi la malade. Il ne faudrait pas hésiter à imiter cette conduite.

Pendant le premier jour, il ne faut donner à l'opérée, pour toute *alimentation*, que quelques morceaux de glace, un peu de grog froid ou de champagne frappé. On se gardera de donner ces liquides en grande abondance, car un des meilleurs remèdes contre les vomissements est de maintenir l'estomac vide. Les *vomissements* dus au chloroforme n'ont dans ces conditions aucune valeur pronostique. Le second jour, on peut déjà ajouter à l'alimentation un peu de lait coupé avec de l'eau de Vals. Quelques chirurgiens administrent de l'opium pour calmer les douleurs et procurer le sommeil; c'est une déplorable pratique, dont le principal effet est de paralyser l'intestin.

Au troisième jour, si les vomissements continuent ou réapparaissent avec une couleur porracée, si le ventre devient douloureux et ballonné, le pouls fréquent, alors même que la température resterait basse, le développement d'une *péritonite septique* est presque certain. Pour le diagnostic de celle-ci, il faut savoir que l'étude du pouls a une valeur incomparablement plus grande que les données thermométriques. Les inflammations chirurgicales du péritoine s'accompagnent même parfois d'une véritable hypothermie. Quand l'issue fatale doit arriver les vomissements deviennent, au moins au début, incessants, presque continus, et la malade meurt sans grandes souffrances avec un peu de subdélirium. Olshausen (1) a parfaitement indiqué depuis longtemps la nature septique de ces symptômes. La péritonite est plutôt sous la dépendance de la septicémie que cette dernière n'est produite par la première. A l'autopsie on trouve seulement, avec un énorme météorisme, un peu de sérosité trouble dans le petit bassin. Olshausen (2) attribue une grande importance à la paralysie de l'intestin et à la résorption des substances toxiques qui y sont contenues. Verchère (3) a développé cette théorie, ainsi que Sänger (4). Il faut se garder de prendre pour de l'*iléus* cet ensemble symptomatique qui le simule parfois à s'y méprendre. Il s'agit plutôt sans doute d'une véritable toxémie par les leucomaïnes et ptomaïnes provenant, soit des liquides épanchés dans l'abdomen, soit des gaz et matières emprisonnés dans l'intestin paralysé. Quant au point de départ initial de la péritonite septique, on a incriminé la cessation des mouvements intestinaux dus à l'exposition à l'air, que celle-ci agisse

(1) Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien, chap. XLIII.

(2) Olshausen. (Centr. f. Gyn., 1888, n° 1, p. 10.)

(3) Verchère. Compte rendu du 3e Congrès fr. de chir., mars 1888.

(4) Sänger. Soc. gynéc. de Leipzig, 20 février, 1888. (Centr. f. Gyn., n° 26. 30 juin 1888)

---

gares, 3 espagnols, 7 grecs, 1 italien, 2 roumains, 4 russes, 16 turcs, 4 égyptiens.

Nancy compte 4 étrangers, dont 3 allemands et 1 américain (États-Unis).

En résumé, 907 étrangers, dont 9 allemands, 56 anglais, 7 autrichiens, 9 belges, 22 bulgares, 37 espagnols, 41 grecs, 6 hollandais, 13 italiens, 1 monégasque, 1 norwégien, 18 portugais, 87 roumains, 268 russes, 30 serbes, 1 suédois, 27 suisses, 90 turcs, 161 américains (États-Unis), 19 égyptiens, 5 mauritiens, 1 persan, 1 australien, 5 argentins, 1 malgache, 1 cubain.

— Le conseil consultatif d'hygiène qui s'est réuni au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Brouardel, s'est occupé spécialement de l'épidemie cholérique qui sévit en Espagne et des mesures prises pour en empêcher l'introduction en France.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, M. Monod, a rendu compte des désinfections qui ont été opérées à Marseille, à Cette, à Port-Vendres et dans les ports de l'Océan.

Par les voies de terre il y a eu : à Hendaye, 1,723 voyageurs, 349 opérations de désinfection par l'étuve; à Cerbère : 790 voyageurs, 126 opérations de désinfection par étuve.

Il semble que l'épidémie dans la province de Valence est notablement plus grave qu'il n'a été dit. A Castillon-de-Rugat, 180 maisons auraient été abandonnés par les habitants. Il n'y a jusqu'ici aucun cas de choléra en France.

D'après les renseignements fournis par M. Proust :

1° En *Espagne*, le choléra semble continuer à s'étendre ; 2° en *Mésopotamie*, la situation reste à peu près la même dans les vilayets de Diarbekir, de Bitlis, de Van. — Ersil, le grand marché d'approvisionnement des Kurdes, est à redouter ; 3° à *Kamaran* (mer Rouge), il y a eu deux cas mortels : la maladie continue.

—Le gouvernement austro-hongrois craignant l'extension du choléra vers la Mecque, où se trouve un grand nombre de pèlerins, a prescrit l'envoi à Suez d'un médecin chargé de faire l'examen sanitaire des pèlerins de la Bosnie et de l'Herzégovine, avant leur retour en Europe.

D'après les nouvelles les plus récentes, il y aurait en plusieurs cas à la Mecque.

directement sur la fibre musculaire ou indirectement sur les plexus nerveux de leurs tuniques.

Quoi qu'il en soit, un des meilleurs signes du début de la péritonite est la *paralysie intestinale*, qui se traduit non seulement par le météorisme, mais encore par l'absence de l'évacuation de gaz. Cette paralysie intestinale, qui est alors un effet, peut parfois être une cause de l'inflammation péritonéale; aussi convient-il de lui porter remède dès le début. J'ai l'habitude, le soir du second jour, d'administrer à la malade un lavement composé de six cuillerées de vin de Bordeaux et de trois cuillerées de glycérine, qui a pour but de provoquer de petites contractions intestinales; si ce lavement reste sans effet pour l'évacuation des gaz, je le renouvelle le lendemain matin en y ajoutant une à deux cuillerées de miel de mercuriale, et je fais introduire dans l'anus une sonde en gomme n° 20, qui doit pénétrer de 10 centimètres pour permettre l'issue des gaz malgré la tonicité du sphincter. Je crois cette conduite préférable à l'administration, par la bouche, de purgatifs qui sont souvent vomis (1).

Dès le quatrième jour, tout va bien, la malade peut prendre quelques aliments solides.

Au huitième jour on enlève les sutures à la soie, sans qu'il soit nécessaire de les remplacer par une suture sèche, vu l'action persistante de la suture perdue; la réunion est alors généralement parfaite, sauf au niveau de quelques plis où peut persister un peu de chevauchement Le pansement est changé pour la première fois à ce moment, et on en refait un semblable après avoir lavé le ventre au sublimé. Le quinzième jour, la malade peut être mise sur un fauteuil, et faire ses premiers pas une semaine après.

Après l'ablation des sutures on a vu, sous l'influence d'un accès de toux ou de vomissement, la *désunion secondaire de la plaie* et l'intestin y faire hernie; on possède de nombreux exemples où cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses lorsque le nettoyage des viscères et leur réduction a eu lieu, même au bout de plusieurs heures; j'en ai moi-même observé un exemple chez une de mes malades, où l'issue de l'intestin s'était faite au niveau d'un tube à drainage. Elle a parfaitement guéri.

Un accident très rare est la production d'*emphysème* de la paroi abdominale causé par des efforts de vomissement: il n'a pas de gravité, mais prédispose à la suppuration (2).

Des *abcès superficiels* peuvent se former au niveau de la suture, quand l'antisepsie a été incomplète ou quand la plaie a été infectée secondairement par l'intermédiaire d'un drainage profond plongeant dans un foyer de suppuration. Il faut se hâter, dès qu'on en est averti par une induration et une douleur locale, de rouvrir légèrement la plaie avec une sonde cannelée, la laver à la solution forte et d'y introduire deux petits drains.

Les *abcès profonds* au niveau du pédicule ou des sutures perdues dans le ventre (1) sont plus difficiles à reconnaître. Si l'élévation de la température, l'empâtement profond en un point limité constaté par la palpation bimanuelle permettent d'acquérir une certitude suffisante, on n'hésitera pas à rouvrir l'abdomen pour évacuer le pus et nettoyer le foyer; on devra alors établir un drainage.

On a signalé la *parotidite* (2) comme accident de la convalescence; elle est assez rare; elle est toujours l'indice d'un certain degré de septicémie; aussi son pronostic est-il sérieux.

La *péritonite*, qui peut se montrer d'une manière suraiguë au début, peut aussi ne survenir que du dixième au quinzième jour, et prend alors sans doute son origine dans la mortification septique du pédicule ou des autres ligatures en masse qui ont pu être laissées dans le ventre; j'en ai observé un cas dont le point de départ était dans de nombreuses ligatures de l'épiploon faites avec du mauvais catgut. Elle offre une allure plus insidieuse encore que la péritonite du début et revêt plutôt la forme d'une septicémie péritonéale. L'élévation de la température y est peu fréquente; on observe aussi le météorisme et les vomissements, d'abord bilieux puis fécaloïdes (3).

Le traitement de la péritonite est à peu près impuissant à l'arrêter. Dès qu'on peut craindre son développement, l'application du froid sur le ventre sera faite, avec une vessie de glace, ou plus commodément avec une plaque à réfrigération de Galante, où l'on entretiendra un courant d'eau glacée. De petits morceaux de glace seront administrés dans la bouche, et rendront moins pénibles les nausées. Je crois les boissons gazeuses, comme la potion de Rivière, plus nuisibles qu'utiles. Quant aux injections de morphine, je n'autorise leur emploi que lorsque la situation me paraît désespérée.

La réouverture de l'abdomen n'a, dans ces cas là, donné que des mécomptes. Schröder, Hofmeier, Hegar et Kaltenbach sont unanimes à la condamner. Je l'ai moi-même une fois essayée sans succès; l'expérience sur ce point ne me paraît pourtant pas définitive.

Parmi les complications plus rares, je citerai l'*occlusion intestinale* (4), qu'on a attribuée à des adhérences au niveau des ligatures perdues ou des surfaces sectionnées; elle peut même être favorisée par la destruction de l'épithélium péritonéal causée par l'usage d'éponges ou de compresses trop fortement antiseptiques: d'où le précepte de les laver à l'eau bouillie avant de s'en servir, et généralement d'être simplement aseptique et non antiseptique dans la cavité péritonéale. Sur 1000 ovariotomies Spencer Wels aurait observé 11 morts par occlusion intestinale. Comme traitement de cet accident

(1) Cette pratique de provoquer très hâtivement les mouvements de l'intestin après la laparotomie est actuellement générale. Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*; Hofmeier, *loc. cit.*; Lubarsch, *Dissert. inaug.* Strasbourg, 1884. — Wylie. (Médical Record, 19 mars 1887.) —P. Mundé. (Americ. Journ. of Obstetrics, 1888, t. XXI, p. 146.)— La plupart des chirurgiens français tiennent une conduite analogue.

(2) Winter, Soc. obst. et gyn. de Berlin, 10 mai 1889, (Centr. f. Gyn., 1889, n° 34), en a observé deux cas, dont l'un s'est produit sous les yeux de l'opérateur : dans un cas, résolution; dans l'autre, abcès consécutif.

(1) J. Bœckel, (Gazette médicale de Strasbourg, 1881, p. 75), rapporte deux cas probants d'accidents dus à la non-résorption (et probablement à la désinfection insuffisante) du catgut; un cas de péritonite, un d'abcès profond; guérison.

(2) Matwef. (Annales de gynécol., 1885, p. 405.) —Bumm. Ueber Parotidis nach Ovariotomie. (Münschener Wochenschr, 1887, n° 10.) Il n'a pu en relever que 17 cas publiés.

(3) Levrat. Septicémie péritonéale après l'ovariotomie. Thèse de Paris, 1880.

(4) Nieberding. Congrès gynéc. de Halle (Centr. f. Gyn., 1888, n° 26.) — Hirsch. Ueber Darmocclusion nach Ovariotomie. [Arch. f. Gyn. 1888. Bd. XXXII. Heft. 2.] — Salin. [Centr. f. Gyn., 1889, p. 822.] Tuttle. [Americ. Journ. of Obstetrics, 1869, p. 952.] — A. Obolinski. [Berliner kl. Woch., 1889, n° 12.]

Bode et Léopold (1) préconisent des lavements formés d'injection chaude de camomille additionnée d'huile et de savon : plusieurs litres doivent être ainsi introduits, après quoi on couche la malade sur le côté. On peut essayer ce moyen auquel Leopold croit devoir de beaux succès, mais il ne faudrait pas attendre trop longtemps pour rouvrir le ventre et aller à la recherche de l'obstacle, qui est généralement une adhérence au pédicule ou à la plaie abdominale (2). On devra donc dans cette dernière prévision procéder avec de grandes précautions.

D'autres causes exceptionnelles de la mort sont : le *tétanos* (3), la *phlébite* et l'*embolie*.

On a observé l'*urémie* aiguë ou lente, due à la congestion provoquée sur des reins déjà malades par l'anesthésie prolongée et le traumatisme.

Le *shock* est un terme vague qui englobe des accidents d'une pathogénie très variable, depuis l'embolie méconnue et l'urémie foudroyante jusqu'à la paralysie d'un cœur dégénéré par suite du marasme de l'organisme (4).

(*A suivre*).

## REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

SUITE. — VOIR LE NUMÉRO 28.

VI. Empoisonnement par l'oxyde de carbone. — VII. Contribution à l'étude médico-légale du colchique et de la colchicine. — VIII. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. — IX. Des ecchymoses spontanées chez les hystériques. — X. Etude médico-légale sur la mort subite, à la suite de coup sur l'abdomen et le larynx.

VI. — Pour M. Emmanuel Mondon (5), les symptômes de l'intoxication oxycarbonée aiguë, dont les causes sont devenues beaucoup plus fréquentes qu'autrefois par suite de l'usage immodéré et mal compris des poêles mobiles, sont surtout d'ordre nerveux. Ils sont immédiats ou consécutifs. Les symptômes consécutifs consisteraient en troubles intellectuels, au premier rang desquels il convient de placer l'amnésie ; en troubles moteurs ; en troubles sensitifs et vaso-moteurs.

Les symptômes de l'empoisonnement chronique sont constitués surtout par une anémie très prononcée, des troubles digestifs, des maux de tête et parfois des phénomènes vaso-moteurs.

M. Mondon range l'oxyde de carbone à côté du sulfure de carbone parmi les agents provocateurs de l'hystérie toxique.

Pour le traitement à opposer aux manifestations aiguës, il conseille surtout la stimulation de la respiration par tous les moyens possibles, et spécialement les inhalations d'oxygène. Il est quelquefois bon de faire une légère saignée. Quant à la transfusion du sang elle donne des résultats qui semblent peu satisfaisants.

VII. — Dans un empoisonnement supposé commis à l'aide de la colchicine, M. Abel Espagnon Dézille (1) considère d'abord les accidents produits par l'empoisonnement lui-même puis les résultats fournis par l'expérimentation physiologique et l'analyse chimique.

1° *Accidents*. — Les symptômes débutent trois ou quatre heures après la pénétration du poison dans l'organisme : constriction à la gorge, salivation, soif vive et dysphagie ; puis douleurs du ventre, vertiges, nausées, vomissements fréquents, selles nombreuses, parfois sanguinolentes ; irrégularité et petitesse du pouls ; respiration embarrassée ; hoquet ; refroidissement des extrémités ; cyanose ; quelquefois des convulsions ; crampes de la plante des pieds et des jambes ; rarement du délire ; intelligence ordinairement intacte. La mort arrive douze, trente-six ou quarante heures et même trois jours après le début de l'empoisonnement.

A l'autopsie on trouve la muqueuse gastro-intestinale, surtout celle du duodénum, injectée, ramollie ; dans le cœur et les veines le sang est noir, demi-coagulé ; le cerveau et la moelle sont congestionnés ; la muqueuse vésicale est injectée ; les poumons sont engorgés et les reins aussi sont fortement congestionnés.

2° *Expérimentation physiologique*. — L'étude du tracé musculaire et des tracés du cœur et des poumons donne d'après l'auteur des résultats peu concluants et rarement applicables dans les expertises médico-légales où l'on ne peut disposer d'une quantité suffisante de toxique.

3° *Analyse chimique*. — Parmi les réactifs de la colchicine, l'acide nitrique de densité 1,4 est le seul important : il produit une coloration violette. La colchicine semble se concentrer dans les reins et s'éliminer par l'urine ; elle possède, ainsi que la vératrine, des réactions chimiques spéciales. Mais la colchicine résiste à la putréfaction et il est possible de retrouver les traces de ce toxique dans un corps inhumé depuis plusieurs mois, quoique alors la réaction par l'acide nitrique soit moins nette qu'avec de la colchicine pure.

VIII. — Etudiant les conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, M. Victor Vétault (2) convient qu'aucune règle fixe et absolue ne peut être posée, aucun critérium solide ne peut être établi ; c'est seulement dans l'individualisation de chaque cas examiné dans ses antécédents, dans ses particularités, dans ses caractères multiples, que le médecin expert trouvera les éléments nécessaires à l'appréciation médico-légale.

Pour l'auteur, la responsabilité est nulle toutes les fois que le crime appartient à la période délirante aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

La responsabilité peut être atténuée chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes. La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

(1) Bode et Leopold. Soc. gynéc. de Dresde, 3 janvier 1889. [Centr. f. Gyn., 1889, n° 30.]

(2) Wolff Hirsch. Ueber Darmocclusion nach Ovariotomie. [Archiv. f. Gyn. Bd. XXXII, Heft 2.]

(3) Thiriar. Relation de quatre cas de tétanos observés à la suite de l'ovariotomie. (Comptes rendus du Congrès français de chirurgie, 2e session, 1886, p. 97.) — Johnson, [Journal of the American med. Association, 13 juillet 1889, 63], en a rassemblé 15 cas. — Richelot. [Bull. de la Société de chir. 1888, p. 696.]

(4) Hofmeier. Zur Lehre vom Shock. [Zeitschr. f. Geb. und Gyn., vol. XI, p. 366.]

(5) Etude sur quelques faits relatifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Thèse de Paris, 1889.

(1) Thèse de Paris, 1889.

(2) Thèse de Paris, 232 pages. A. Davy, imp.

Elle existe tout entière dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter et lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

Cependant, ajoute M. Vétault, il s'en faut de beaucoup que les choses se présentent assez simplement dans la pratique de la médecine légale pour que ces règles formulées d'une manière absolue trouvent une application immédiate. Ce n'est que par l'étude sévère de chaque cas particulier qu'on peut arriver à formuler les conclusions demandées. Il faut, au médecin expert, une connaissance profonde de ces états si complexes, si divers, il lui faut encore la prudence, la réserve qui luipermettent d'éclairer la justice sans compromettre les intérêts de l'inculpé.

IX. — Les ecchymoses spontanées d'origine hystérique ne sont pas très rares : néanmoins il ne faudrait pas les chercher dans des *Mémoires* qui leur seraient particulièrement consacrés, car il n'existe pas à leur sujet d'étude d'ensemble. Cela tient à ce que,lorsqu'elles existent isolément, les auteurs sont portés à les mettre sur le compte des coups, des chocs subis par l'hystérique pendant l'attaque convulsive. Astley Cooper (cité par Lascoch 1840), Froidefont (1879), Clopatt (1886) en rapportent pourtant des exemples probants à l'état isolé. Le plus souvent on les trouve expressément notées dans les observations qui ont trait aux sueurs de sang, aux hémorrhagies cutanées, aux stigmates saiglants bien connus des hystériques et dont elles constituent pour ainsi dire la période prémonitoire. Elles ont été étudiées tout particulièrement par Magnus Huss(1857) dans une observation remarquable qui prête à de nombreuses considérations médico-légales. Une jeune servante de 23 ans vint se plaindre d'avoir été violemment frappée par ses maîtres; comme preuve de ses assertions, elle montrait au sommet du crâne un écoulement sanglant qui persista les jours suivants, sans *lésions apparentes de la peau*, et qui s'accompagna ultérieurement d'ecchymoses spontanées et d'autres hémorrhagies par le tégument externe associées à des attaques hystériques caractéristiques. Magnus Huss indique lui-même la genèse de ces hémorrhagies, nées sous l'influence provocatrice d'émotions vives chez la malade qui présentait un état mental tout particulier.

M. le Dr Gilles de la Tonrette a observé récemment un nouvel exemple d'ecchymose chez une fille hystérique. Il a pu constater à la face interne de la jambe droite l'apparition spontanée d'une ecchymose. Et il a entretenu de ce fait la Société de médecine légale (1) en y ajoutant l'exposé de quelques considérations relatives à l'état mental des hystériques, et qui lui ont été inspirées, dit-il, par M. Charcot dont il a été interne, puis chef de clinique. Pour M. Gilles de la Tourette, l'hystérie n'est qu'un signe, un des symptômes d'une dégénérescence mentale; et les crimes commis par une hystérique ressortissent à la dégénérescence mentale et non à l'hystérie qne marque cette dégénérescence.

X. — M. le Dr Mina S. Minovici, expert près les tribunaux de Roumanie a étudié au point de vue médico-légal, la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx (2).

On n'ignore pas qu'un coup porté sur l'abdomen ou sur le larynx peut entraîner la mort immédiatement ou en quelques minutes, alors même que ce coup n'a produit aucune lésion ou a produit seulement des lésions insignifiantes, ou encore des lésions qui n'ont pas de rapport avec le coup mortel. Le médecin légiste ne peut en cette occurrence, déterminer la cause de la mort, que s'il connaît les circonstances du fait et s'il est à même de les interpréter à l'aide des données scientifiques que l'on possède sur ce sujet. Les faits de ce genre s'expliqueraient d'après l'auteur par la théorie de l'inhibition. On sait que l'inhibition est un phénomène d'arrêt pouvant porter sur tous les organes et toutes les fonctions et notamment sur la respiration et la circulation. Le point de départ des phénomènes d'inhibition serait souvent une excitation périphérique; et certaines régions, comme la région abdominale et la région laryngée sont douées à cet égard d'une impressionnabilité toute spéciale puisque l'inhibition résultant de coups portés sur ces régions peut aller jusqu'à l'arrêt complet et définitif des fonctions indispensables à la vie.

Nous espérons que M. Minovici ne s'en tiendra pas à ces présomptions et qu'il réussira à étayer son hypothèse, à l'aide de preuves expérimentales qui apporteraient un sérieux tribut à nos connaissances physiologiques.

(*A suivre*). P. Fabre (de Commentry).

(1) Séance du 21 avril 1890. « Annales d'hygiène publique et de médecine légale », de juillet 1890.

(2) Thèse de Paris, 121 pages. Librairie Ollier-Henry.

## REVUE DES JOURNAUX

### PATHOLOGIE DES TUMEURS

I. — Un organisme parasitaire (protozoaire) dans les carcinomes, par M. Nils Sjöbring. *Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 14, p. 529.

II. — Un cas d'enchondrome avec multiplication insolite. — Relation clinique par M. Kast. — Examen anatomo-pathologique (Enchondrome multiple des os ou rapport avec des angiomes caverneux phlébogènes multiples des téguments), par le prof. Recklinghausen. *Virchow's Archiv*, T. CXVIII. fasc. 1. p. 1 et 4.

III. — Sur la symptomatologie des myélomes multiples, observation d'albumosurie, par le prof. Kahler, de Prague. *Prager. medic Wochenschrift*, 1889, nos 4 et 5.

IV. — Contribution a l'étude des myomes multiples de la peau, par le Dr Jadassohn. *Virchow's Archiv*, T. CXXI, fasc. 1, p. 88, 1890.

V. — Un cas de dermatomyome du nez, par le Dr Hess. *Ibidem*. T. CXX. fasc. 2 p. 321, 1890.

I. — A l'occasion des recherches faites pour étudier la segmentation des noyaux dans les cellules cancéreuses, M. Sjöbring a découvert sur un grand nombre de coupes, des organismes de forme insolite, qui ne seraient autres d'après lui que des microorganismes appartenant au groupe des sporozoaires, aux coccidies.

L'auteur a donné de ces microorganismes une description très détaillée, qu'il est impossible de bien comprendre sans avoir sous les yeux les dessins annexés au travail de M. Sjöbring. Je me bornerai donc à retranscrire les conclusions formulées par l'auteur en ces termes :

Le microorganisme en question se présente sous la forme d'un corpuscule protoplasmique arrondi, extrêmement ténu. Ce corpuscule va à la recherche d'un noyau de cellule cancéreuse, y pénètre et y séjourne pendant quelque temps. Tôt ou tard il en est éliminé, et alors il reste inclus pendant quelque temps dans le protoplasma de la cellule, ou bien il est mis en liberté et se met à vivre d'une existence autonome. A cette phase de son évolution il se développe aux dépens des cellules

cancéreuses, de leurs noyaux notamment. Il exerce sur ces cellules, et parfois sur la masse entière du néoplasme, une influence désorganisatrice Parvenu à son plein développement, il constitue une agglomération (20 à 30) de spores; le plasmodium entoure un noyau, fait fondre la membrane de ce dernier, et absorbe sa partie incolore. En même temps une membrane se forme autour du plasmodinm, dans l'intérieur de laquelle apparaissent bientôt des germes. Ceux-ci sont entourées d'une masse hyaline très réfringente, qui se délimite de plus en plus de la masse ambiante. Une fois que la spore a parachevé son developpement, elle est entourée d'une capsnle. L'ensemble des spores est enveloppé d'une capsule commune, qui les réunit en une masse kystique. Les germes s'échappent vraisemblablement de la spore par rupture de leur capsule, sur l'un des côtés.

A aucune phase du développement de ce microorganisme on ne pent mettre en évidence un noyau qui se colore par l'hématoxyline.

Ce microorganisme se rattache vraisemblablement au groupe des micro-sporidies, il présente une grande analogie avec le germe de la maladie des vers à soie. Il a été rencontré dans 6 cas de cancer du sein; dans un septième cas, sa présence n'a pas été constatée. Par contre, il a été retrouvé dans un cas de cancer primitif du foie et dans un cas de cancer primitif de la prostate. La question de la valeur pathogène de ce microorganisme a été réservée.

L'auteur, dans son travail, a passé en revue les différentes publications où l'on trouve signalée la présence de coccidies dans les organes de l'homme. Il a rappelé que l'on connaissait jusqu'ici 4 cas de tumeurs cancéreuses englobant des microorganismes de cette nature. Enfin il a cité le travail récent d'un médecin danois, Salomonsen, qui contient des observations concordantes avec les siennes propres.

II. — M. Kast publie une observation d'enchondrome multiple, unique en son genre, eu égard au nombre et aux dimensies considérables des tumeurs, et à la coexistence de néoplasies molles de la peau, qui revêtaient les caractères extérieurs des angiomes.

Le sujet de l'observation était âgé de 34 ans, à l'époque (1888) où son observation a été prise à l'hôpital de Hagenau (Alsace). Les débuts de l'enchondromatose multiple remontaient très loin dans le passé, à peu près à une trentaine d'années. Les tumeurs osseuses out débuté par les doigts de la main droite. Plus tard, il s'en est formé à la main gauche et aux doigts des pieds. A l'âge de 12 ans, le malade a subi l'amputation du pied gauche. A cette occasion, le chirurgien, M. Boeckel (de Strasbourg), constata que des nodosités osseuses, semblables à celles des mains et des pieds, occupaient les côtes, l'omoplate et la colonne vertébrale.

Pour se rendre compte du développement qu'avaient acquis, chez ce malade, les masses enchondromateuses des mains, de la main droite surtout, il faut avoir sous les yeux la figure annexée au travail de M. Kast.

Voici d'ailleurs les dimensions relevées sur la main droite En longueur, cette main mesurait 37 centimètres, et en largeur 39 centimètres. Son poids était de 3,475 gr. Les doigts avaient la forme de gourges, et, dans son ensemble, la main droite avait l'aspect d'une massue dont l'extrémité eût été formée par une agglomération de nodosités irrégulières (renflements terminaux des doigts). Après amputation, cette main a été examinée par le professeur Recklinghausen, qui en a donné une description détaillée, trop longue pour être reproduite à cette place.

Il a été dit plus haut qu'en certains endroits de la peau, notamment à la face palmaire et surtout à la face dorsale de la main, existaient des nodosités qui, de l'avis de Recklinghausen, n'étaient autres que des angiomes caverneux « phlébogènes », c'est-à-dire consécutifs à une compression des veines. A l'idée du célèbre anatomo-pathologiste, la coexistence de ces angiomes et des enchondromes multiples n'était pas fortuite. L'enchondromatose, chez le sujet de M. Kast, était l'expression d'un trouble du développement des os, survenu à la période où le cartilage embryonnaire se transforme en substance osseuse définitive. Or, cette transformation exige un développement proportionnel des vaisseaux qui du périoste se rendent au squelette cartilagineux. Dès lors se pose naturellement la question de savoir si l'insuffisance de l'ossification définitive n'a pas été, dans le cas relaté ci-dessus, une conséquence d'un arrêt de développement de l'appareil vasculaire. Cette question, Recklinghausen incline à la trancher par l'affirmative. Le trouble de l'ossification, chez le malade de M. Kast, n'aurait été que la suite d'une aplasie des vaisseaux sanguins, attestée, elle, par l'existence d'angiomes caverneux phlébogènes multiples. Ce rapport pathogénique entre les deux variétés de néoplasies, enchondromes et angiomes, ajoute encore à l'intérêt exceptionnel qu'offre l'observation de M. Kast.

III. — Le nom de myélome multiple a été donné par Zahn, au lympho-sarcome multiple primitif de la moelle des os, par Billroth, au lymphome malin ayant la moelle des os pour localisation primitive. On ne connaît encore que très imparfaitement la symptomatologie de ce genre de tumeurs, dont il n'existe jusqu'ici qu'un petit nombre d'exemples. Von Volkmann a signalé comme faisant partie de cette symptomatologie, des déformations considérables du squelette, imprimant au corps l'habitus extérieur de l'ostéomalacie, et surtout des douleurs vives siégeant dans les os, et qu'on est exposé à prendre pour des douleurs rhumatismales.

Dans une observation de myolème multiple, que relate M. Kahler, et qui concerne un médecin âgé de 46 ans, on relève, indépendamment des symptômes sus-dits, l'existence de l'*albumosurie*. Chez le confrère en question, la maladie avait débuté subitement, par des douleurs violentes dans la partie supérieure de la moitié droite du thorax, qui, plus tard, se localisèrent dans les côtes. Plus tard on a constaté en des régions très diverses du squelette, l'existence de saillies plates, développées à la suite de contusions très légères. Enfin à partir de la seconde année de la maladie, les urines du patient contenaient de l'albumose, un des quatre produits intermédiaires qui prennent naissance lors de la transformation de l'albumine en peptone en présence de la pepsine. Pareille constatation a été faite par Bence-Jones et par Kuhne, dans deux cas pathologiques qui seraient également des exemples de myélomes multiples, à l'idée de Kahler.

Le confrère est mort dans le marasme, après huit années de maladie. L'autopsie n'a pu être faite que d'une manière très incomplète. Sur des fragments de côtes on pouvait constater la disparition de la substance corticale par places, et son remplacement par des masses molles d'un rouge grisâtre. L'examen histologique de ces mêmes fragments a révélé l'existence d'une ostéoporose, en rapport avec une hyperplasie disséminée d'un tissu constitué en majeure partie par de grosses cellules arrondies.

IV. — M. Jadassohn publie deux observations d'une variété de tumeur rare, dont la description a été tracée pour la première fois de main de maître par Besnier, sous le titre de : Dermatomyômes. (*Annales de dermatologie et desyphiligraphie*, 1880,

p. 25 et 1885, p. 321). On ne connaissait guère, jusqu'ici, que 5 exemples avérés de cette variété de tumeurs; ils ont été publiés par Virchow, Verneuil, Besnier, Arnozan et Vaillard, Brigidi et Marcacci.

Dans les deux cas de Jadassohn, le diagnostic a été corroboré par l'examen histologique de fragments de néoplasmes excisés chez les deux patients.

V. — L'observation de M. Hess constitue un nouvel exemple de cette myomatose. Le fait concerne une jeune fille de 19 ans chez laquelle des verrucosités étaient apparues au nez, dès l'âge de 3 ou 4 ans, et s'étaient ensuite développées avec beaucoup de lenteur. A l'âge de 8 ans, le cas avait été soumis à un chirurgien de Munich, qui avait eu recours à des cautérisations, sans le moindre succès. Les petites tumeurs étaient absolument indolentes. Elles avaient le volume de grains de chénevis. Elles étaient logées dans le derme, soulevant l'épiderme qui était intact à leur niveau. A travers une incision superficielle pratiquée à leur niveau, on pouvait les énucléer avec une sonde cannelée. On en extirpa ainsi une douzaine, sans compter un lambeau de peau de 20 millim. de long, de 16 millim. de large, qui en comprenait une douzaine. L'examen histologique a fourni la preuve comme quoi il s'agissait de petits myômes.

Ainsi qu'il a été dit, ces petits myômes limités à la région nasale étaient absolument indolents, contrairement à ce qui a été observé dans les autres cas de dermatomyomes cités plus haut.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

## BULLETIN

FIÈVRE TYPHOÏDE ET BAINS FROIDS

Si nous revenons encore aujourd'hui sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, c'est que l'accord ne paraît pas près de se faire chez les médecins français concernant la valeur thérapeutique de cette méthode. M. Debove vient de la remettre en question à nouveau en exposant les résultats statistiques de sa pratique personnelle, pendant une période de 6 années. A ne considérer que les chiffres, il est certain que ces résultats paraissent sensiblement aussi bons que ceux qui figurent dans le rapport précédemment cité de M. Merklen. Dans les deux statistiques, il est fait mention d'une proportion de 9 et demi comme moyenne de mortalité: proportion fort raisonnable, bien que notablement au-dessus du chiffre que certains adeptes de Brandt disent avoir réalisé par l'application systématique de leur méthode. Si, d'autre part, on tient compte des inconvénients inhérents à celle-ci, des souffrances qu'elle impose aux malades, on sera porté naturellement à donner la préférence à la pratique de M. Debove, qui a tout au moins pour elle le mérite d'une extrême simplicité.

Nous ne chercherons pas à prendre position à notre tour dans cette question, bien que nous ayons paru antérieurement faire acte d'adhésion au système de Brandt, à propos de la rougeole maligne et des pneumonies infectieuses. Toutefois ces faits nouveaux nous paraissent comporter un enseignement qui confirme notre précédente conclusion: à savoir que l'intervention des bains froids dans la fièvre typhoïde est avant tout une question d'*opportunité thérapeutique*. C'est une affaire d'indications, et pas autre chose. Ces indications sont bien connues aujourd'hui et l'observation clinique permettra toujours de les poser avec une rigueur suffisante. Mais il faut rejeter toute application systématique qui serait déplacée vis-à-vis d'une maladie aussi diverse dans ses aspects et qui comporte de si grands écarts au point de vue de la gravité. Que dirait-on d'un médecin qui baignerait indistinctement tous les malades atteints de scarlatine ou de rougeole, au lieu de réserver cette ressource pour les cas graves, infectieux, hypertoxiques? Le même raisonnement, quoi qu'on en dise, nous semble parfaitement applicable à la fièvre typhoïde.

Doit-on croire maintenant que la méthode de traitement à laquelle M. Debove donne la préférence puisse suffire à tous les cas et pourvoir à toutes les indications, même les plus éventuelles et les plus urgentes?

La recommandation de faire boire les typhiques à volonté et même à outrance repose certainement sur une idée juste savoir. la nécessité d'entraîner au dehors, par les voies d'excrétion naturelles, les déchets de la combustion fébrile qui encombrent et vicient la masse du sang. Mais outre que cette donnée est un peu théorique, il nous paraît improbable que l'ingestion de boissons abondantes puisse à elle seule suffire à prévenir ou même à atténuer les accidents graves si fréquents dans cette grande pyrexie, et dont la source paraît être l'hyperthermie. Vis-à-vis de ces accidents redoutables il faut des armes plus efficaces et la méthode de Brandt reste ici toute puissante: c'est alors qu'elle mérite bien d'être appelée « une suprême ressource contre un suprême danger ». Cette dernière réflexion justifiera notre conclusion, toute éclectique: à savoir que dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies aiguës, il y a surtout des indications et que la thérapeutique doit être variée, comme ces dernières.

P. Muselier.

## NOUVELLES

*École de médecine de Tours.* — Par arrêté en date du 26 juillet, un concours s'ouvrira le 3 mars 1891, devant la faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de Tours. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

*École de médecine d'Angers.* — Par arrêté en date du 26 juillet, l'école préparatoire de médecine d'Angers est autorisée à jouir, à partir du 1er novembre 1890, des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

***

*Corps de santé des colonies.* — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang, à compter du 1er août 1890:

*Au grade de médecin en chef* de 2e classe, les médecins principaux ci-après, de la marine, MM. Quétand, Illy, Trucy.

*Au grade de médecin principal*, les médecins de 1re classe de la marine: MM. Chedan, Sérès, Kieffer, Delrieu, Gries, Cazes, Nivard, Bastian, Le Jollec, Reynaud, Auvray, Lidin.

*Au grade de médecin de 1re classe*, les médecins de 1re classe de la marine: MM. Vaysse, Devoti, Parnet, Péthellaz, Guérin, Aubry, Henry, Paquier, Merveilleux, Mestayer, Simon et les médecins de 2e classe de la marine: MM. Bahier, André, Lollet, Garnier, Cassagnon, Depasse, Vergoz, Capus, Lemoine, Collomb, Rabère, Bannerot, Barrau, Calmette, Facieu, Lafage, Hébrard, Ricard, Reaucar, Fontaine, Signé, Dumas, Gouzien, Piron, Sallebert, Dirolleau, De Taroni, Le Guen, Anger, Boullangier, De Boyer de Camprien, Delrieu.

***

*Legs Behier.* — La Faculté de médecine de Paris est autorisée à accepter le legs, fait par Mme veuve Béhier, d'une somme de 30,000 francs pour la fondation d'un prix biennal.

Ce prix portera le nom de « Prix Béhier » et sera décerné au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur une question de pathologie médicale.

∴

*Missions scientifiques.* — M. le docteur Picqué, est chargé d'une mission en Allemagne, Russie, Autriche et Turquie, à l'effet d'y étudier l'organisation de la chirurgie.

M. le docteur Georges Gaillard, est chargé d'une mission en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisation de l'odontologie.

∴

— La délégation qui doit se rendre au Congrès international de médecine de Berlin est ainsi définitivement constituée

M. Bouchard, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé président de la délégation, qui est composée de MM. les docteurs Baudouin; A. Berlioz, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris; Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux; Chantemesse, professeur agrégé; Gellé; Javal, membre de l'Académie de médecine; Joslas, médecin des hôpitaux; Gley, agrégé de la Faculté; Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Le Fort, membre de l'Académie de médecine; Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Magitot, membre de l'Académie de médecine; Moure, professeur libre de laryngologie, à Bordeaux; Netter, agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux; Nicaise, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux; Proust, inspecteur général des services sanitaires; Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine; Valude, médecin adjoint de la clinique des Quinze-Vingts; Vignes, médecin oculiste.

— Voici en résumé les conclusions du rapport de M. Dujardin-Beaumetz, sur les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire dans le cas où une épidémie cholérique se déclarerait à Paris.

1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra.

2° Création d'un corps de médecins délégués chargés de constater les cas signalés et d'appliquer les mesures de désinfection.

3° Pour la désinfection, emploi exclusif du sulfate de cuivre. Ce produit sera mis à la disposition du public par l'Administration;

4° Pour la désinfection des locaux, augmentation du nombre des escouades de désinfecteurs, et création d'un inspecteur. La désinfection se fera à l'aide de l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre. Des lavages seront faits au sublimé. Les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade devront être passés à l'étuve.

5° Le transport des malades devra toujours être fait par des voitures spéciales;

6° On devra évacuer les maisons où se seront déclarés des cas de choléra;

7° Des services spéciaux isolés seront créés dans des hôpitaux de Paris, désignés à cet effet;

8° Toutes les mesures d'hygiène privée et publique devront être exécutées avec un soin scrupuleux. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII — No 32 — 9 Aout 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS



Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE

### TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr S. Pozzi
professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

*(Suite et fin).* (1).

Gravité de l'opération. — Il est presque impossible d'établir le pronostic rationnel de l'ovariotomie comme de toute antre grande opération sans faire le départ entre les cas simples et les cas compliqués. Malheureusement, cette classification n'existe pas dans les statistiques ; elle serait, du reste, très délicate à établir. Quoi qu'il en soit, d'après les documents les plus récents, il semble que l'extirpation d'un kyste dépourvu d'adhérences étendues est aujourd'hui une opération véritablement bénigne. Une antre lacune considérable de la plupart des statistiques est l'absence de renseignements suffisants sur les causes de la mort. Cependant on peut affirmer que la grande majorité des opérées meurent de péritonite septique. Ce sont presque toujours les tumeurs malignes, à adhérences étendues, qui assombrissent les statistiques. Aussi quelques opérateurs n'ont-ils certainement pas hésité à n'opérer que des cas favorables. Les séries suivantes sont empruntées à Olshausen (1).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spencer Wells.............. | 1000 cas avec | 768 guérisons | | |
| Keith........................ | 381 | — | 340 | — |
| Kœberlé..................... | 306 | — | 234 | — |
| Thornton.................... | 423 | — | 383 | — |
| Tait.......................... | 405 | — | 372 | — |
| Olshausen.................. | 293 | — | 266 | — |
| Schröder.................... | 658 | — | 575 | — |

Il serait intéressant de décomposer chaque série pour se rendre compte de la diminution du chiffre de la mortalité à mesure que le chirurgien perfectionne sa technique. Hofmeier (2) a fait ce travail pour la statistique de son maître Schroder. Le voici :

| | |
|---|---|
| De 1 à 100.............. | 17 morts. |
| 100 — 200.............. | 18 — |
| 200 — 300.............. | 7 — |
| 300 — 400.............. | 16 — |
| 400 — 500.............. | 7 — |
| 500 — 600.............. | 7 — |
| 600 — 658.............. | 11 — |
| 658 | 83 morts = 12,5 pour 100 |

Hofmeier remarque expressément que, parmi ces morts, une infime minorité est due à l'infection, et que la presque totalité doit être attribuée aux accidents graves qui suivent l'ablation des tumeurs malignes. C'est ainsi, par exemple, que s'explique le chiffre élevé de 11 morts sur les 58 dernières opérations. Dans la cinquième et la sixième centaine, il y a eu des séries de 20 et de 40 guérisons successives.

(1) Voir les trois numéros précédents.

(1) Olshausen. Loc. cit.
(2) Hofmeier. Loc. cit.

## FEUILLETON

### CAUSERIES MÉDICALES.

Le malade, par M. le Dr Fiessinger.
*Suite* (1).

Les différences d'éducation, de caractère, d'intelligence, ne créent pas une barrière infranchissable entre les malades.

Il arrive un moment où elles s'effacent, les variantes qui les distinguent. Les teintes s'estompent et se fondent en une couleur commune. La multiplicité des types se perd dans une forme unique.

Ce ne sont plus les malades, avec leurs traits d'originalité qui occupent le tableau. Vous ne voyez plus qu'un être gravement atteint, chez lequel, avec la peur de la mort, surgit l'instinct de conservation de la bête. Type profondément égoïste, il est l'aboutissant de tous les autres.

Alité, terrassé par quelques jours de fièvre, il concentre sa vie dans un regard trouble qui s'éclaire par instants, pour fouiller le vôtre et y lire son arrêt. Va-t-il mourir? Guérira-t-il? Voilà ce qui lui importe et pas autre chose.

De ses longues heures de torpeur, il s'éveille par sursauts pour réclamer votre présence immédiate et la famille affolée précipite ses appels à votre sonnette de suite.

Malgré le dérangement que vous en éprouverez dans votre sommeil, réservez votre impatience pour d'autres malades. Elle aura tout le temps d'éclater.

Ceux-là sont pénibles et d'humeur rêche, aigre, bilieuse, qui conservent leur intelligence nette et assistent lucides à l'effondrement de leur corps, à cette décomposition lente qui donne aux tombées molles des chairs les plis d'une outre dégonflée. Ils se voient glisser sur la côte qui dévale vers la mort et se cramponnent avec une rage impuissante à tous les bras. Un médecin instruit et consciencieux, une consultation entre confrères, cela ne suffit qu'au sommet de la descente. Un peu plus bas, l'affolement commence; des médecins sont

(1) Voir le numéro 30.

Lawson Tait (1), qui n'a eu dans sa première série de mille laparotomies que 9,2 pour 100 de morts, et dans sa seconde série semblable que 5,3 pour 100, a donné les chiffres suivants pour ses dernières ovariotomies: kystes parovariens, 1 mort sur 24; kystes de l'ovaire d'un seul côté, 6 morts sur 158; des deux côtés, 2 morts sur 78; kystes inclus dans le ligament large 12 cas, sans mort.

C. Braun (2), dans la seconde série de cent ovariotomies, représentant des opérations de 1884 à 1887, a eu 13 morts, soit 93,5 pour 100 de guérison. Mais dans ce nombre ne figurent pas 7 morts, qualifiées d'incisions exploratrices.

G. Granville Bantock (3), sur sa quatrième centaine d'ovariotomies exécutées avec de simples précautions aseptiques, n'a eu que 4 morts, tandis qu'il en avait eu 19 sur la première centaine, par la méthode listérienne.

Dohrn (4), sur 100 ovariotomies faites de mai 1883 à avril 1889, n'a perdu que 4 opérées.

Terrier (5) a publié 175 ovariotomies pratiquées de juillet 1874 à février 1888; il a eu 34 morts, soit 19,3 pour 100.

Terrillon (6), sur 138 ovariotomies formant sa statistique de septembre 1887 à juin 1888, a eu 17 morts, soit 12,3 pour 100.

(1) L. Tait. Seconde série de mille cas consécutifs de laparotomie. [Bull. médical. 1888, n° 89.]

(2) C. Braun von Fernwald. Ueber ein zweites Hundert Ovariotomien. [Wiener klin. Wochenschr., 1888, I, 4-7. — Wiener med. Blätter, XI, 19, p. 587.]

(3) G. Granville Bantock. [British gynec. Journal, 1889, t. V. p. 343.]

(4) Dohrn. 100 Ovariotomien aus der Konigsberger Frauenklinik. [Centr. f. Gyn. n° 9, 1870.]

(5) Terrier. [Revue de chirurgie, t. II, p. 349; t. IV, p. 1; t. V, p. 12; t. VI, p. 985; t. VII, p. 677; t. VIII, p. 965; t. IX, p. 304], Ces résultats se décomposent ainsi par série de 25 ovariotomies : 1re série 1874 à 1880, 3 morts. 2e série 1880 à 1882, 9 morts. 3e série 1882 à 1884, 2 morts. 4e série, 1884 à 1885, 5 morts. 5e série, 1885, 6 morts. 6e série 1885 à 1886, 4 morts. 7e série 1886 à 1888, 5 morts.

(6) Terrillon. [Bull. de la Soc. de chir., 1884, p. 659; 1886, p. 904. 1887, p. 776; 1888, p. 776.] Les séries sont de 35 cas, sauf la 1re série qui est de 33. En voici le relevé détaillé : 1re série, 1880 à 1884, 4 morts (sur 33); 2e série, 1884 à 1886, 6 morts (sur 35); 3e série, 1886 à 1887, 3 morts; 4e série, 1887 à 1888, 4 morts.

SUITES DE L'OPÉRATION. — Lorsque la tumeur était de nature bénigne, la malade opérée se trouve définitivement guérie; elle est seulement prédisposée aux éventrations par relâchement de la cicatrice si la suture n'a pas été faite avec le soin particulier que j'ai indiqué. Même alors, il est prudent de faire porter une ceinture abdominale légèrement compressive; mais il n'est pas besoin qu'elle soit matelassée, ni d'un modèle spécial, comme cela est indispensable lorsque la cicatrice, obtenue avec un seul rang de sutures, est d'une solidité douteuse.

Un kyste du second ovaire ou du second ligament large peut survenir plus tard et forcer à rouvrir le ventre (1). Quand il est appelé à faire ces opérations réitérées, le chirurgien doit toujours se souvenir que l'intestin a une tendance à adhérer à la première cicatrice; il est donc prudent de commencer la nouvelle incision un peu au-dessus du sommet de la première, et de se guider sur le doigt introduit par cette boutonnière, pour achever la section de haut en bas. Grâce à cette précaution, j'ai pu éviter de blesser l'intestin, largement adhérent, dans un cas où j'ai fait une seconde laparotomie, un an après la première. Il s'agissait d'un kyste parovarien hyalin développé à droite après l'extirpation d'une tumeur similaire à gauche. Je connais, par contre, un exemple où l'intestin grêle a été divisé d'emblée avec l'ancienne cicatrice, par un chirurgien pourtant très expérimenté, dans un cas de laparotomie itérative; la malade a succombé rapidement.

J'ai déjà traité, à propos du pronostic, la question des récidives des tumeurs malignes et celle de la généralisation. Je rappellerai qu'elle reste généralement localisée au péritoine, n'envahit qu'exceptionnellement les viscères abdominaux et la paroi, plus rarement encore la mamelle, le poumon et les ganglions du médiastin (2). Segond a même constaté la dégénérescence épithéliale des ganglions axillaires. Les tumeurs secondaires peuvent présenter le type épithélial, le type sar-

(1) A. Martin. Ueber die an derselben Person wiederholte Laparotomie (Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XV, p. 239) Il rapporte quatre observations personnelles.

(2) Poupinel. Epithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche; ovariotomie, guérison. Epithélioma du sein gauche récidivant deux fois après l'ablation totale; généralisation du cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre; mort. [Annales de gynécologie, janvier 1890, p. 35.]

---

appelés à l'insu les uns des autres, dans l'espoir que leurs critiques adressées à une médication antérieure, délivreront le malade d'une responsabilité terrible: celle qui l'accuse d'être le premier auteur de sa santé déclinante. C'est toujours une douce chose de se dire que si nous souffrons, la faute en revient au médecin et non à nous. Consolation bienfaisante qui poussera les malheureux à organiser un véritable défilé des hommes de l'art, figures sévères aux autres, et aussitôt disparues.

Hélas! les portes s'ouvrent et se referment sur les médecins et aucun d'eux ne retarde la chute inévitable. Si de temps à autre, un arrêt trompeur se produit, un entraînement plus rapide y fait suite et le répit gagné est reperdu. Sur la pente des talus qui touchent au fond, dans une contraction suprême le malade s'accroche à une illusion dernière. Le secours que ne lui ont pas apporté les médecins, il les réclame à son entourage, aux somnambules, aux sorciers de la région, à n'importe qui. Puis une lassitude envahit les muscles raidis démesurément. L'effort cesse, accompagné d'une sensation singulière de bien-être. L'agonie commence. La fin est proche.

***

Dans ce trajet où le développement égoïste de l'instinct de conservation étouffe les autres sentiments à tel point qu'il finit par les annihiler tous, il est curieux de rechercher la progression suivant laquelle cette disparition s'effectue.

D'une manière générale, et à peu d'exceptions près, l'on peut affirmer que les qualités venues les dernières sont les premières à s'en aller.

Les goûts artistiques qui élèvent l'intelligence à la notion du beau, s'émoussent dès le début de la consomption fébrile. La musique, la poésie, la peinture ne découvrent leur âme qu'aux chercheurs affinés et tenaces; et cette âme échappe aux vaines poursuites de ces mêmes hommes malades. Comme dans les légendes où l'or offert par une fée malfaisante se transforme en feuilles de buis, là où ces infortunés comptaient retrouver les enivrements de l'art, ils ne mettent la main que sur des sensations vides. Une toile qu'ils admiraient la veille, dégage le reflet d'une image coloriée; dans l'envolée

comateux ou un type mixte (Poupinel). Leur évolution est rapide, et entraîne la mort à la manière des cancers.

Est-il possible de voir dans l'exiguïté du pédicule, comme le croit Terrillon (2), un gage de la bénignité d'un kyste? Cette considération est purement théorique.

La greffe cancéreuse, signalée par Nicaise (3), à la suite de la ponction d'un kyste ovarique malin, me paraît une simple erreur d'interprétation; il a vu se former au niveau de la petite cicatrice un noyau qn'il attribue à la greffe de quelques cellules entraînées par le trocart. Il est beaucoup plus simple de l'expliquer par le développement d'une métastase néoplasique au niveau d'un *locus minoris resistentiæ*.

*Menstruation et fécondité post-opératoires.* — Les femmes opérées d'ovariotomie d'un seul côté continuent à être réglées comme auparavant, et sont susceptibles d'être fécondées. L'opération bilatérale entraîne la ménopause prématurée toutes les fois que les deux ovaires ont été effectivement extirpés en totalité (4), mais elle peut tarder plusieurs mois. Le cas de résection intentionnelle d'une partie seulement d'un ovaire après ablation totale de l'autre, cas où la grossesse s'est produite (Schroder) ainsi que de nombreux cas de menstruation persistante, après de prétendues ovariotomies doubles évidemment incomplètes, montrent qu'il suffit d'une très petite portion de tissu ovarien pour maintenir le réflexe instigateur de la menstruation. Or il est très difficile, quand on enlève une tumeur ovarique à court pédicule, et en particulier une tumeur papillaire, d'être certain de ne rien avoir laissé de l'organe. J'ai du reste discuté cette question avec plus de détails dans le chapitre de l'AMÉNORRHÉE.

*Folie post-opératoire.* — Après l'ovariotomie, plus encore qu'après toute autre opération portant sur les organes génitaux de la femme, on a observé l'apparition de troubles cérébraux de la catégorie de la manie aiguë ou de la lypémanie. C'est surtout chez les sujets présentant des antécédents héréditaires que ce fait peut se produire; mais il peut aussi, dans des cas très exceptionnels, apparaître sans aucune cause connue. On doit toujours, en pareil cas, rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas d'alcoolisme, ou si l'absorption de l'iodoforme n'explique pas les troubles cérébraux. Souvent, ceux-ci ne sont que transitoires, ainsi que j'en ai observé un remarquable exemple; mais ils peuvent persister (1).

On a signalé des faits analogues en assez grand nombre après l'hystérectomie abdominale (2), et même après des opérations portant sur la vulve, le périnée, le col de l'utérus, la mamelle (3). Dans ces derniers cas, il est difficile de se défendre de l'idée qu'on avait affaire à des névropathes, chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente. Quoiqu'il en soit, il est démontré par quelques faits bien étudiés que le chirurgien devra songer à la possibilité de cette complication, quelque rare qu'elle soit, et la faire même entrer en ligne de compte dans le pronostic de l'ovariotomie, s'il s'agit d'un sujet ayant une prédisposition à la folie ou simplement des antécédents nerveux héréditaires.

(2) Terrillon. Bull. de la Soc. de chirurgie, 1885. p. 933.

(3) Nicaise. Revue de chirurgie, 1883.

(4) Ormières. Thèse de Paris, 1880. — Terrier. (Revue de chirurgie, 1885, p. 953.)— Auvard. (Gaz. hebdom., p. 274.)— Olshausen. Loc. cit., chap. XLIV.

(1) Montfort. (Archives de tocologie, 15 août 1887.) Par contre, on a vu l'ovariotomie pratiquée chez une aliénée améliorer son état mental. — Terrillon. (Annales de gynécol., 1887, II, p. 204.)

(2) Kaarsberg. (Nord med. Arkiv. Bd. XIX, Heft 4, analyse in Centr. f. Gyn., 1888, p. 692.)—. Lossen et Fürstner. [Berlin klin. Woch. 1880, n° 34.] — Th. Keith. [British med. Journal, 10 décembre 87.]

(3) Barwell. Congrès médic. international de Londres, 1885. — Gnauck, Soc. gynéc. de Berlin, 27 mai 1887 (Centr. f. Gyn., 1887, n° 26), cite un cas d'hypochondrie consécutif à une seconde opération de périnéorrhaphie. — E. ILL [Pittsburgh med. Journal, 16 janv. 1888.) — Grace Peckam. [Med Record, 18 février 1888 ]— Wertä. Ueber Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen in weibl. Genitalapparate. (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynak., 2° Congress, Halle 1888, p. 60 et suiv.] Discussion importante. — Gaillard Thomas. [New-York med. Journal, 25 mai 1889, p 580], a cité 6 cas de folie post-opératoire dont 2 mortels : chez 4 femmes il y avait des antécédents héréditaires : 2 après l'ovariotomie ; 1 après la périnéorrhaphie ; 1 après l'opération d'Emmett ; 2 après l'amputation du sein. Quelques faits publiés paraissent contestables, comme celui de Kreutzmann, de San-Francisco. (New-York medic. Monatschrift, Bd. 1, n° 2, fév. 1889, p. 87) ; il semble qu'il s'agissait là d'accidents urémiques après l'ovariotomie.

---

lyrique d'une strophe, ils ne saisissent que la consonnance des rimes; la musique devient du bruit.

L'initiative et l'originalité de l'esprit ne résistent pas longtemps. Ces dons qui permettent à l'homme de penser par lui-même, sans que cette pensée lui soit souffiée par le voisin, disparaissent dans le même gouffre où a déjà sombré la puissance de l'artiste. La spontanéité de l'acte n'existe plus. Le cerveau se rétracte en une masse aride dont un étranger fait jaillir l'idée.

La volonté est celle d'un enfant, irritée et mobile. Le jugement hésite indécis et reproduit les impressions de l'entourage. L'attention incapable de se concentrer sur un sujet sérieux, se dissipe en menus faits de banalité courante. C'est l'âge d'or des cancans et des histoires de concierges.

La mémoire survit d'abord à cet anéantissement progressif. Elle se laisse bercer par les souvenirs anciens, comme un enfant, par une mélopée toujours la même. Les souvenirs récents n'ont pas accès dans une oreille inattentive où bruissent les premières rumeurs entendues dans le jeune âge.

Les sentiments affectifs abandonnent les relations mondaines les amis, les parents, pour entourer les personnes chargées des soins de chaque jour. Telle la reconnaissance des bestioles auxquelles on distribue la pâtée. La femme du malade ne sera pas récompensée de son dévouement par une affection plus grande que celle qui est vouée à une simple garde, prévenante et silencieuse de pas.

Lassés par les laideurs du mal, la pudeur et les soucis de propreté se départissent de leur vigilance comme des gardiennes inutiles à côté d'un trésor perdu.

Quant à l'éducation, cette couche de vernis qui polit la rudesse des instincts, elle s'écaille par fentes multiples. L'homme le mieux élevé présente des craquelures à la faveur desquelles apparaît, de temps à autre, un défaut de convenances. Sous le parvenu qui n'a subi qu'un badigeon superficiel, s'épanouit dans l'éclat de sa couleur première, le rustre parfait de la veille.

Le sens moral, le pouvoir de s'exalter au bien, de se révolter au mal s'atrophient dans des proportions tout à fait re-

Kystes compliqués de grossesse. Ovariotomie pendant la grossesse. — On a vu parfois la grossesse se poursuivre et l'accouchement s'effectuer sans que le chirurgien fût intervenu, mais il s'agit là de faits exceptionnels. La règle est que les petits kystes intra-pelviens, s'ils laissent évoluer la grossesse, provoquent des accidents formidables au moment du travail; les grands kystes abdominaux sont une cause presque certaine d'avortement, et risquent beaucoup de se tordre au niveau du pédicule, de se rompre ou de suppurer en provoquant la péritonite. Si l'on met en parallèle les dangers certains de l'expectation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas permise (1). Celle-ci n'est cependant pas acceptée sans contestation; certains auteurs préfèrent l'avortement provoqué (2), l'accouchement prématuré, ou même la simple ponction de la tumeur (3). Dans les deux premiers cas, l'obstacle apporté au retrait de l'utérus est une cause éventuelle d'hémorrhagie ou d'accidents puerpéraux; dans le dernier cas, on est exposé à blesser l'utérus et l'on a vu le plus souvent l'avortement se produire dans de fâcheuses conditions.

La question se pose différemment selon qu'on est appelé près de la malade avant ou pendant le travail.

*En dehors du travail*, je ne crois pas que l'on doive hésiter à faire l'ovariotomie. A la vérité, les statistiques déjà anciennes rapportées par Remy (4) donnaient, sur 67 ovariotomies faites pendant la grossesse, 13 fois interruption de la gestation et mort de la femme, 22 fois avortement et guérison et 32 fois accouchement à terme et guérison, en d'autres termes 19,4 pour 100 de morts pour la mère et 50 pour 100 de morts pour l'enfant. Mais ces résultats sont bien améliorés aujourd'hui. Sur 36 cas opérés par L. Tait, Spencer Wells et Schroder, il y a une seule mort. Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus est aussi sauvegardée, la grossesse continue.

Olshausen mentionne 7 observations où l'utérus gravide fut pris pour une poche kystique et ponctionnée. La plupart des opérateurs firent alors immédiatement l'opération césarienne et 5 malades guérirent (1).

L'opération avant le cinquième mois de la grossesse est infiniment moins sérieuse que plus tard; d'après Schroder (2), cela tient à ce que le pédicule finit par être raccourci par le dédoublement des ligaments. Quoi qu'il en soit, sur 21 cas opérés après cette période, un seul fut suivi de mort (3).

Ce n'est que si l'on se trouvait en présence d'un kyste notoirement inopérable, qu'on se bornerait à la ponction.

*Pendant le travail*, on a mis en œuvre tour à tour, le forceps, la version, la craniotomie, et jusqu'à l'opération césarienne (4).

Avant tout, il faut essayer de *refouler la tumeur* au-dessus du promontoire à l'aide des doigts introduits dans le rectum, la femme étant placée en position genu-pectorale. Si l'on ne réussissait pas, on ferait la *ponction* de la tumeur à travers le cul-de-sac postérieur du vagin (Lomer). Si son contenu est trop épais pour être ainsi évacué, on a conseillé de faire une large *incision* à ce niveau, pour enlever le kyste (d'ordinaire dermoïde), dont on n'a pu amener la réduction. Quant au *forceps*, il expose à de grands dangers de déchirure; *la version* est rarement exécutable. On n'a guère le choix qu'entre la *craniotomie*, si le fœtus a succombé, et l'*opération césarienne*, si le fœtus est vivant.

Pour ma part, je n'hésiterais pas à faire la *laparotomie* pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement se ferait. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne

(1) Reuter. Ovariotomie bei Gravidität. Inaug. Dissert. Iena, 1888.

(2) Barnes. Traité clinique des maladies des femmes, trad. fr. 1876, p. 341.

(3) Stolz d'après Doumairon. Thèse de Strasbourg, 1868. — Treille. Les tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique. Thèse de Paris, 1873. — Boinet et Ferrand. Article ovaire du Dictionnaire encyclopédique, 2e série, t. XIX, p. 220. — Polaillon. [Bull. de la Soc. de chir., août, 1885.]

(4) S. Remy. De la grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agrég. Paris, 1886.

(1) Olshausen. Loc. cit., chap. XVIII.

(2) Schroder. Mal. des org. de la femme, trad. fr. 1886, p. 434.

(3) Terrillon et Vallat. (De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de kyste ovarique. Archives de tocologie, avril, 1888, p. 207) rapportent 3 observations suivies de guérison; il y a eu avortement dans l'une d'elles où l'opération a été faite à la fin du 2e mois de la grossesse.

De très nombreux travaux ont été récemment publiés sur ce sujet.

(4) S. Remy. Loc. cit.

---

marquables. Pour un malheureux incapable de réflexion et aux limites extrêmes de la vie, la morale est chose trop complexe et trop faiblement liée à l'égoïsme de ses intérêts; il ne reste plus qu'un sentiment très simple: la peur de la mort.

***

Une visite à un malade peut être décomposée en trois tableaux : l'entrée, l'examen, la sortie. Le malade n'assiste qu'au second tableau; les deux autres se passent en présence de l'entourage, ce chœur antique qui poursuit le médecin de ses conseils.

Dès l'entrée les parents les plus proches, vous recommandent les uns, la douceur dans les paroles, les autres l'énergie dans le traitement. Vous serez initié par un troisième aux détails de l'existence, aux goûts, aux habitudes du patient. Tenez vaillamment tête à cette ondée de bavardage. Ce sont là renseignements de valeur inégale, dont vous avez à démêler le poids au milieu de la précipitation effarée qui vous les communique.

Dans le deuxième tableau la scène se déroule entre le malade et vous. Le chœur est assis. Mais debout, un personnage en jupons vous toise, le front plissé et l'index sur la joue. D'un ton d'indifférence dédaigneuse, il rectifie de temps à autre une inexactitude dans les réponses du malade. Accueillez avec respect ce qui sort de cette bouche : c'est elle qui chante le rôle du coryphée et souffle sur les tisanes chaudes.

Salnez sa Majesté la garde-malade.

Au tableau de la sortie, elle seule parle et vous impose le pas. La médecine, elle la connaît autant que vous; le verbe haut, elle discute votre ordonnance. Des mots techniques estropiés lui procurent l'illusion scientifique et lui valent, dans le chœur, des admirations échangées à voix basse. C'est une leçon que l'on vous inflige; acceptez-là religieusement comme on ferait de celle d'un maître. Risquez quelquefois une objection; mais avec ménagements. N'oubliez pas que la garde-malade est le grand chef dont le chœur répète le chant les gestes et jusqu'aux intonations. Un froissement d'amour-propre à la garde-malade entraîne le froissement d'amour-

me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles (1), et l'on a en outre, ainsi, l'avantage de sauver l'enfant.

# MEDECINE

## ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

*(Suite)* (2)

Faisons sous forme de tableau la revue de nos observations et nous verrons ensuite que c'est bien là réellement qu'est le berceau des kystes en grappe.

1. — Zenker. Face inférieure de la protubérance et pénétration par la fente de Bichat dans le ventricule latéral gauche.
2 (id.). — Entre le Pont de Varole et le chiasma.
3 (id.). — Autour du chiasma entre les pédoncules cérébraux et les artères communiquantes postérieures.
4 (id.). — Abords de la carotide interne gauche jusqu'à la scissure de Sylvius.
5 (id.). — Sur la sylvienne droite.
6 (id.). — Nombreuses grappes dans les espaces sous-arachnoïdiens.
7. Virchow. — Pourtour de la protubérance et de la moelle allongée jusqu'à la scissure de Sylvius et le long de la base de l'hémisphère cérébral droit.
8 (id.). — Pont de Varole, moelle allongée (face inférieure) s'étendant jusqu'au 4e ventricule et même jusqu'à la face supérieure du cervelet.
9 (id.). — Scissure de Sylvius.
10. Merkel. — Tubercules quadrijumeaux.
11. Marchand. Chiasma, origine du nerf olfactif droit. Pont de Varole. Voûte du 4e ventricule jusqu'aux tubercules quadrijumeaux.
12 (id.). — Base du Pont de Varole et côtés du cervelet. Chiasma. Scissure de Sylvius gauche.
13 (id.). — Entre protubérance et chiasma.
14. Klob. — Ventricule latéral gauche.
15 (id.). — Partie postérieure de la substance blanche de l'hémisphère droit.
16. Westphall. — Queue de cheval. Derrière le sillon de Rolando jusqu'à la scissure de Sylvius.
17. Louis. — Scissures des parties inférieures et latérales du cerveau.
18. Aran. — Anfractuosités du cerveau.
19. Chabrely. — Sur les deux sylviennes.
20. Bitot. — Extrémité antérieure du lobe sphénoïdal gauche. Sylvienne gauche. Espace inter-pédonculaire.

Il résulte en outre de nos documents que, le plus souvent, les vésicules sont situées sous l'arachnoïde et qu'elles sont libres d'adhérences. Les observations 3 (Zenker) où l'on constatait quelques adhérences à l'arachnoïde, 13, 14 et 15 (Marchand et Klob) où les vésicules en grappe adhéraient, dans le premier cas, aux abords de la scissure de Sylvius et siégeaient, dans les autres cas, l'une dans le ventricule latéral gauche, l'autre dans la substance blanche du cerveau, enfin, le fait d'Aran (18) où elles étaient sous-pie-mériennes, sont des exceptions à la règle.

Dix fois, les kystes occupaient le confluent central et s'irradiaient ou non au voisinage; cinq fois la scissure de Sylvius, deux fois les sillons de l'écorce, une fois les tubercules quadrijumeaux; une fois la queue de cheval. Parfois aussi, agglomérés en grand nombre, ils matelassaient, pour ainsi dire, la surface basilaire sur une remarquable étendue.

Virchow, le premier, en 1860, à l'occasion des deux cas résumés plus haut, a étudié la *constitution* de ces vésicules dont la paroi mince, assez élastique, transparente, d'aspect blanchâtre, cache un liquide aqueux. Cette étude a été précisée par MM. De Nabias et W. Dubreuilh.

(1) Nolting. (Schwangerschaft und Geburt komplicirt durch Ovariantumor. Dissert. inaug. Berlin, 1884.) Il rapporte l'observation d'une femme multipare ayant un kyste de l'ovaire de la grosseur du poing. Au moment du travail, tentative insuffisante d'application de forceps, ponction du kyste. Enfant mort-né; quatre jours après, la mère succombe à des accidents puerpéraux. — J. Williams. — Note on the involution of the puerp. uterus in the absence of the ovaries (American Journ. of Obstretics, 1884, p. 778) a fait avec succès l'ovariotomie pendant le travail.

(2) Voir les numéros 27, 28, 29 et 30.

---

propre à la famille. Cette maladresse commise tuera votre mérite. Il ne vous restera qu'une chose à faire : prendre congé de ce monde où vous ne retournerez plus.

***

De par une optique qui leur est spéciale, le malade et le public des campagnes voient en effet les qualités du médecin sous un autre jour que le médecin lui-même. La science est reléguée dans le pénombre, alors que le dévouement, le tact (1) la dignité de la vie privée brillent au premier plan.

En faveur de son dévouement, on pardonne une erreur au médecin. On lui en voudra davantage de négliger ses visites. Le malade est un enfant qui attache une sorte de paternité à l'autorité médicale. Il exige qu'on s'occupe de lui et rien que de lui. D'humeur jalouse, il bonde quand un autre intérêt que celui de sa santé détourne votre attention vers un autre côté.

La souplesse du tact évite les heurts et la dignité de la vie privée assure le respect. Ces qualités ne sont pas l'apanage de la profession médicale. De fréquence journalière et d'aperçu aisé, elles gravent une première empreinte sur le cerveau d'un milieu fermé au discernement du mérite scientifique.

Sur cette empreinte du début, votre valeur médicale creusera un sillon profond et durable; mais ce n'est pas elle qui aura commencé la besogne, au moins dans la localité que vous habiterez.

Dans les campagnes éloignées, l'habileté professionnelle est l'unique chose qui intéresse le malade. Vos voisins de village apprécient cette habileté comme une adjonction à la valeur de vos autres qualités, dont l'ensemble seul conquiert le succès de la clientèle.

Voyez ce qui se passe autour de vous!

Certains confrères jouissant d'une grande considération dans leur village, n'étendent pas leur réputation au-delà d'un rayon

(1) L'entregent est le tact appliqué à la volonté de la réussite.

Le *contenu*, comparé par tous les auteurs à de l'eau claire, quelquefois filant, n'a pas subi d'analyse chimique rigoureuse. Il ne serait pas, s'il faut en croire Zenker, albumineux, ne précipitant pas au moyen de l'acide azotique. Pour d'autres, il contiendrait de l'albumine en petite quantité.

La *paroi* avait frappé Virchow par les nombreuses saillies ressemblant tantôt à des boutons, tantôt à des franges choriales qu'y décèle le microscope. L'aspect ondulé déterminé par ces élevures irrégulières, se retrouve sur les parois des cysticerques et Zenker, saisissant bientôt le rapport qui existe entre ces derniers et ces productions en grappe, fait de ce détail anatomique un élément essentiel de diagnostic. Leuckart (1), dans la deuxième édition de son ouvrage sur les parasites, parle de ces bosselures signalées, d'après lui, pour la première fois, dans une vieille thèse d'Erlangen par Steinbuch. Les autres caractères de la paroi se tirent de l'absence de vaisseaux et de structure fibrillaire, de la présence signalée par Virchow et Marchand, dans un petit nombre de cas, de corps calcaires analogues à ceux des cysticerques : l'inconstance de ces concrétions diminue leur valeur anatomique et d'autant plus, comme le fait justement observer Zenker, qu'on n'ignore pas la propension des méninges à engendrer de semblables corps calcaires.

A MM. De Nabias et W. Dubreuilh revient l'honneur d'avoir mis en évidence la nature proprement dite de la paroi. A propos des observations XIX et XX, notre attention s'est dirigée sur ce point. Aussi, nous contenterons-nous ici de quelques remarques succinctes empruntées à nos maîtres.

La membrane, d'un quart de millimètre d'épaisseur environ, offre une apparence grossièrement granuleuse, sans structure appréciable ; on y remarque des grains réfringents assez volumineux, ne faisant pas effervescence avec les acides même concentrés et ne se dissolvant pas. Une des faces n'offre pas de limitation nette ; l'autre est hérissée de prolongements papillaires serrés les uns contre les autres et de structure également granuleuse, mais tapissés d'une mince cuticule plus transparente.

Ces signes suffiraient, à la rigueur, pour conclure à une poche de cysticerque. Dans presque tous nos cas. on les a recueillis en partie ; aussi voyons-nous noter, par exemple, très souvent, les ondulations de la paroi. *La tête du parasite* devra cependant toujours être recherchée, car sa constatation suffira à lever tous les doutes. Huit fois, au cours de nos observations, nous avons relevé la présence d'une tête dans les cysticerques en grappe. A vrai dire, elle n'avait pas toujours atteint un complet développement, elle était parfois *m l venue*, pour ainsi dire, réduite à un nodule muni d'un cou strié (observation I, Zenker), représentée uniquement par ses crochets (observation XIV, Klob), calcifiée (observation XV, Klob). Toutefois, on a pu facilement lui reconnaître dans l'observation IV, de Zenker, par exemple, tous les caractères d'une tête de tænia solium et, dans l'observation XX (Bitot), probablement ceux d'une tête de *tænia inermis*.

Chose curieuse, il existe une relation certaine, sur laquelle Zenker attire particulièrement l'attention (1), entre l'accroissement de la vésicule et l'évolution de la tête. La loi du balancement des organes formulée par Etienne Geoffroy Saint-Hilaire trouverait ici son application : la vésicule caudale, partie hypertrophiée, se développerait aux dépens de la tête, partie atrophiée jusqu'à la disparition. Une tête bien conformée suppose donc une vésicule en grappe de dimensions relativement restreintes et, en fait, la preuve découle de plusieurs observations, telles que la IIe (Zenker) où le kyste mesure une longueur de 3 centimètres et demi, la XXe (Bitot), où il n'a pas plus de 2 centimètres.

Cette raison explique aussi pourquoi on a plus de chances de trouver une tête lorsque la vésicule caudale petite et arrondie a les caractères propres au cysticercus cellulosæ ou encore au cysticercus bovis.

Dans quatre de nos observations, le cysticercus cellulosæ vulgaire, muni d'une tête, infestait les centres nerveux, à côté d'acéphalocystes en grappe. Il y a là, on le conçoit, plus qu'une simple coïncidence.

En somme, nous possédons 12 cas de cysticerques en grappe bien avérés.

Six, groupés sous le nom d'acéphalocystes, ressortissent-ils également au cysticerque? L'aspect ondulé et la structure de la paroi nous portent à le certifier. Quant à la nature de ces derniers, elle ne semble pas près d'être tranchée. Peut-être une étude minutieuse des parois respectives serait-elle un acheminement vers la vérité?

(1) Cité par Zenker. Loc. cit.

(1) Zenker. Loc. cit.
(2) Moniez. Loc. cit.

restreint. Chez eux, les qualités morales priment la valeur scientifique.

D'autres appelés fort loin sont estimés de leurs compatriotes directs. Médecins distingués, il leur manque certaines qualités morales.

Les uns et les autres ne sont pas complets.

Pour réussir d'une manière parfaite, ils devraient l'être.

(*A suivre.*)

***

— La Société française d'Hygiène décernera, en 1891, une médaille d'or de 200 francs, une médaille d'argent, et deux médailles de bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires sur la question suivante :

« *Exposer les soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels.* »

Pour renseignements détaillés, les concurrents sont priés de s'adresser au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

***

Société de biologie. — *Prix Ernest Godard* : 500 francs. — Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1890. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1890, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les coupes de *cysticercus pisiformis* caractérisées par leurs papilles persistantes, sur l'origine desquelles Moniez (1) a particulièrement attiré l'atteution, et qui sont de véritables plis circulaires, se différeucient nettement des coupes de cysticerque du porc ou du bœuf. Pourquoi ne pas admettre, eu bonne logique, que des coupes de ce dernier ne puissent, par quelque détail de structure, se distinguer de celles du cysticercus cellulosæ? Nos figures 1 et 2 reproduisent des coupes faites par MM. De Nabias et W. Dubreuilh sur les cysticerques des observations XIX et XX. Celles relatives à l'observation XIX offrent de longues papilles très nombreuses, minces, serrées les unes coutre les autres. Les secoudes préseutent des papilles courtes, étalées, à fleur de membrane, séparées par des sillous larges, mais peu profonds. L'analogie, dans le premier cas, avec les coupes de *cysticercus cellulosæ* données par Moniez dans sa thèse, frappe singulièrement; non moins grande dans le second cas est l'analogie de ces coupes avec celles que Moniez a pratiquées sur le cysticerque du tæuia saginata.

Resteut deux cas à première vue plus douteux (XIII, Marchaud, XVII, Louis).

Les confondra-t-on avec des échinocoques?

On n'a point signalé de vésicules secondaires endogènes.

Avec des cœnures? Leur existence dans le cerveau humain est rien moius que prouvée et l'on s'étonne, à bon droit, de voir certains auteurs citer de confiance les observations incomplètes que M. Clémenceaux, dans sa thèse de doctorat (1), groupe sous la rubrique : polycéphales du cerveau.

Nous n'écarterous pas néanmoins, *a priori*, cette idée d'échiuocoque ou de cœnure cérébral, surtout alors que nous possédons des douées diagnostiques dignes d'être prises en considération.

Le kyste hydatique a une paroi épaisse, composée de deux membranes bieu distinctes (2); l'iuterne, fort mince, appelée membraue germinale, ressemble à la vésicule des cysticerques; l'externe, qualifiée de membrane hydatique, n'est autre chose qu'une très épaisse cuticule disposée en lames conceutriques. La membrane iuterne produit de nombreuses vésicules proligères; la cuticule émet les vésicules filles.

Le cœnure cérébral se développe dans l'encéphale et la moelle épinière du moutou. La stérilité de sa vésicule n'a jamais, à notre connaissance, été vérifiée et, toujours, il abrite des têtes plus ou moins nombreuses.

Ces notions ne cadreut pas avec nos observatious auxquelles, par contre, l'étiquette cysticerques convient admirablement.

Pour justifier jusqu'au bout le titre que nous avons choisi, demandons-nous si aux centres nerveux semble réservé le monopole des cysticerques en grappe. Hâtons-nous de répondre, forts de nos recherches bibliographiques, mais sans préjuger de l'avenir, qu'en aucune partie de l'organisme, ils n'ont apparu sous cet aspect. Seuls, les kystes hydatiques preunent parfois dans les séreuses, le péritoine par exemple, une disposition pédiculée signalée par Charcot et Davaine eu 1857, dans les mémoires de la *Société de Biologie*. Les pièces proveuaient du cadavre d'un vieillard. Un examen attentif des kystes pris dans diverses régions, permit de constater qu'il existait des échinocoques ou des débris d'échinocoques dans toutes les tumeurs hydatiques à l'exception de celles qui préseutaient un pédicule. « Faut-il admettre, diseut ces auteurs, que daus ces dernières tumeurs, les échinocoques aient existé à une certaine époque et qu'ils aient été par la suite détruits au point de ne plus laisser de vestiges? Nous ne le croyons pas. En effet, toutes les tumeurs pédiculées où les échinocoques faisaient défaut, renfermaient cependant des membranes hydatiques parfaitement reconnaissables. Or, l'on sait que les crochets des échinocoques, dans les tumeurs hydatiques transformées, persisteut plus longtemps que ne le font les membranes des hydatides. Il faut douc admettre que, dans nos tumeurs pédiculées, les échinocoques ne se sont jamais développés. D'ailleurs, la présence ou l'absence de ces petits helminthes n'indique pas une différeuce essentielle dans la nature des hydatides, car ou voit quelquefois, dans un même kyste, certaines vésicules hydatiques renfermer des échinocoques, tandis que d'autres en sont complètement privées, et l'on ne peut pas toujours, en pareil cas, iuvoquer pour se reudre compte d'une telle différence, l'altération ou l'ancienneté des vésicules. Il n'y a donc pas lieu de considérer les hydatides conteuues dans ces kystes pédiculés comme différaut essentiellement des autres par le seul fait qu'elles étaient dépourvues d'échiuocoques (1) ».

Ces quelques ligues viennent à l'appui de la possibilité que uous iudiquious plus haut d'affirmer le diagnostic cysticerques en grappe même daus le cas d'*acéphalcolystes* (2).

Il faut, en dernier lieu, se demauder si, dans la série animale, pareilles productious kystiques sont tombées sous les yeux des observateurs. Mégnin (3) a décrit une tumeur kystique, de forme *diverticulaire*, située dans le tissu cellulaire de la cuisse d'une gerboise, et, à l'examen de laquelle, on constate de nombreuses têtes se rapportant au grouppe cœnure. La vésicule avait l'aspect d'une grappe. A part ce fait les traités des maladies parasitaires étant muets à cet endroit (4), nous avous consulté M. L. Baillet, vétérinaire de la ville de Bordeaux, dont l'expérience sur ce point, résultat d'une très grande pratique, ne saurait être dépassée. Il a bien voulu nous faire couuaître que le lièvre et le lapin étaieut les seuls animaux dans le *péritoine* desquels on reucontrait quelquefois le cysticerque en grappe. « Je ne sache pas, ajoute-t-il dans sa lettre, qu'il eu ait été reucontré dans le cerveau ou tout autre organe des autres animaux. Vous savez, du reste, que le cysticercus pisiformis du lapin est le scolex du tænia serrata du chieu ».

Par conséqnent, les cysticerques en grappe sont l'apanage à peu près exclusif des centres nerveux ou plutôt des méninges chez l'homme. Si nous les désignous sous la rubrique *cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle*, c'est que nous impliquons dans ces termes, eucéphale et moelle, *la substance nerveuse et ses enveloppes*.

(*A suivre*).

(1) Thèse Paris, 1871.

(2) A. Railliet. Eléments de zoologie médicale et agricole. Paris, 1886.

# REVUE DES JOURNAUX

## PATHOLOGIE DES TUMEURS

*(Suite et fin.)*

VI. — SUR LE DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE DES SARCOMES, par le Dr ZENKER. *Virchow's Archiv*, t. CXX, fasc. 1, p. 68, 1890.

VII. — THORACOTOMIE ÉTENDUE, DANS UN CAS DE SARCOME DE LA

(1) Charcot et Davaine. Loc. cit.

(2) Voir la thèse de Masserou. Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Paris, 1882.

(3) Mégnin. Note sur une uouvelle forme de ver vasculaire recueillie sur une gerboise. Progr.s médical, 1879.

(4) Voir L. G. Neumann. Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques.

PAROI THORACIQUE AVEC ADHÉRENCES DU POUMON, par le Dr Roswel Park. *Annals of Surgery*, vol. VIII, p. 234.

VIII. — Un cas de sarcome primitif des capsules surrénales, par le Dr Berdach. *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1889, nos 10 et 11.

IX. — Cas de sarcomes de la vessie, par le Dr d'Arcy-Power. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 36, p. 642.

X. — Deux cas de sarcome primitif du vagin chez des enfants, par le Dr C. Frick. *Virchow's Archiv*, t. CXVII, fasc. 2, p. 482.

XI. — Un cas de cancer primitif péri-uréthral, chez une femme, par le Dr Lester. *Munchener medic. Wochenschrift*, 1889, n° 12.

XII. — Contribution a l'étude des polypes de l'urèthre, par le Dr Neuberger. *Wiener medic. Presse*, 1889, nos 22 et 23.

XIII. — Ostéo-angiome myxomateux du crane, par le Dr P.-S. Djakonow. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 26, p. 460.

XIV. — Rapports du purpura et des tumeurs malignes, par le Dr Harris. *Medical Chronicle*, 1889, p. 353.

VI. — M. Zenker relate le cas d'un homme de 51 ans, chez lequel, à la suite de l'énucléation d'un goitre du lobe droit de la thyroïde, s'est développée une tumeur du côté droit du cou, tumeur à marche rapide, avec nombreux foyers métastatiques dans différents organes. Or l'étude minutieuse de ce cas fournit une confirmation nouvelle à la doctrine de la généralisation des tumeurs sarcomateuses par la voie des vaisseaux, par le processus de l'embolie. En effet, le foyer primitif, situé dans la moitié droite du cou, était constitué par un sarcome à cellules fusiformes, portant tous les caractères histologiques d'une croissance très rapide. Toutes les veinules qui, de ce néoplasme, se rendaient aux gros troncs veineux avoisinants, étaient obstruées par des masses dures, d'un rouge grisâtre, formées par des agglomérations de cellules fusiformes. Les veinules, obstruées par ces amas, formaient des cordons rectilignes ou sinueux. Les mêmes masses cancéreuses se retrouvaient dans les veines pulmonaires, dans l'oreillette gauche, et dans le ventricule gauche entre les cordages tendineux de la valvule mitrale.

Restaient à découvrir les foyers métastatiques intermédiaires au foyer primitif et à ceux qui viennent d'être énumérés. Or, l'examen histologique a démontré qu'il existait des embolies métastatiques dans les vaisseaux artériels des poumons, qui avaient perforé les parois de ces vaisseaux, pour former des noyaux métastatiques dans l'épaisseur du tissu pulmonaire. Ces embolies étaient, en majeure partie, constituées par des éléments frappés de mort.

Autre détail, intéressant par sa rareté : un certain nombre de grosses bronches étaient obturées par des masses sarcomateuses. Enfin, dans l'abdomen, un foyer métastatique, plus volumineux que le foyer primitif, s'était développé entre les deux feuillets du mésentère de la dernière portion de l'intestin grêle; sur une certaine étendue, la lumière de ce conduit était réduite à une fente.

Une autre observation, relatée par l'auteur, est relative à une femme de 52 ans, affectée d'un sarcome de la cuisse gauche. Après une première extirpation de la tumeur, survint une récidive. Nouvelle extirpation, nouvelle récidive. Un jour, au moment où on changeait le pansement, la respiration devint irrégulière, superficielle, et, peu de temps après, la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva un volumineux foyer métastatique dans le poumon droit et dans la bronche principale du même côté. L'entrée du larynx était en partie obstruée par des masses métastatiques détachées du foyer broncho-pulmonaire. Le foyer ait fait irruption dans les veines pulmonaires. Mais il n'a pas été possible d'établir, comme dans le premier cas, que ce foyer ait en pour point de départ une embolie artérielle. Les deux cas ont, toutefois, cela de commun : irruption de foyers métastatiques *secondaires*, dans les veines du poumon; d'où formation possible de foyers *tertiaires* dans les réseaux artériels de la grande circulation.

VII. — Un homme de 31 ans portait à la face interne de la jambe gauche une tumeur qui fut reconnue pour un sarcome. La tumeur fut extirpée. Sept mois plus tard, une récidive locale nécessita l'amputation de la jambe.

Onze mois après cette première observation, on constatait l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, dans le côté droit du thorax, un peu en dehors de la ligne mamillaire. Le néoplasme semblait n'intéresser que la paroi thoracique. L'auscultation des poumons donnait les mêmes résultats, à droite et à gauche, résultats normaux. Dans ces conditions, on décida d'extirper la nouvelle tumeur. Cela nécessita la résection de fragments assez volumineux des 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Par suite, la paroi thoracique se trouvait entamée dans une étendue de 5 pouces en hauteur, de 3 1/2 pouces en largeur. Le néoplasme adhérait au poumon gauche par une bride qu'on sectionna après ligature préalable. On pouvait, d'ailleurs, reconnaître, à l'inspection et à la palpation, que les poumons étaient farcis d'un grand nombre de foyers néoplasiques.

Le patient a succombé sept jours après l'opération. L'examen histologique a fait voir que la tumeur de la paroi thoracique était un sarcome à cellules fusiformes, et que les nodosités disséminées dans les deux poumons étaient des noyaux de sarcome à petites cellules arrondies. La tumeur de la jambe était également un sarcome à cellules arrondies. Les foyers secondaires différaient donc entre eux par leur structure histologique, ce qui corrobore la théorie bien connue d'Ackermann.

VIII. — Un homme de 55 ans, en état de cachexie au moment de son entrée à l'hôpital général de Vienne, succomba trois semaines après son admission. L'observation de cet homme n'a été relevée que d'une façon très fragmentaire; on avait diagnostiqué l'existence d'une tumeur maligne de l'abdomen, sans indication précise de siège. Le malade ne présentait pas, d'ailleurs, le teint bronzé.

A l'autopsie, on trouva une tumeur sarcomateuse des capsules surrénales, localisation très rare de ce genre de tumeur. Une chose a frappé M. Berdach, en présence de cette constatation, c'est que, chez le sujet en question, la température corporelle, dans les derniers temps de la maladie, était descendue au-dessous de la normale (35°), caractère qui a été signalé par un certain nombre d'observateurs comme faisant partie de la symptomatologie de la maladie d'Addison. De plus, Samuel a démontré qu'à la suite de l'extirpation des deux capsules surrénales, il se produit, chez les animaux, un abaissement de la température interne. Reste à savoir si, chez le malade de M. Berdach, les températures sub-normales de la fin ne dépendaient pas de la cachexie.

IX. — M. d'Arcy Power a trouvé dans les collections des musées des hôpitaux de Londres neuf préparations de sarcomes de la vessie, qui se décomposent ainsi : 3 sarcomes à cellules polymorphes, 2 sarcomes à cellules arrondies, 1 cas de fibro-sarcome, 1 cas de lymphosarcome, 1 cas de myxosarcome 1 cas de sarcome alvéolaire. Pour quelques-uns de ces cas

seulement on possédait des renseignements relatifs à l'évolution clinique. Ainsi l'une des préparations provenait d'un enfant dont l'âge n'était pas indiqué, et qui pendant huit semaines avait éprouvé des douleurs très vives en urinant. Un abcès vint à se former au-dessous de l'ombilic; on l'incisa. L'opération laissa à sa suite une fistule, à travers laquelle s'écoulait la majeure partie de l'urine rendue par le petit malade. La préparation anatomique laissait voir une tumeur irrégulière, lobulée (sarcome alvéolaire), adhérente de tous côtés aux parois épaissies de la vessie, dans le voisinage des uretères dilatées, mais très mobile dans sa partie moyenne, de telle sorte qu'elle pouvait se placer devant l'orifice d'entrée de l'urèthre. Une excavation provenant d'un abcès s'étendait depuis la vessie jusqu'à l'ombilic, mais on ne découvrait pas d'orifice de communication entre cette excavation et la vessie.

X. — Jusque dans ces derniers temps, on ne connaissait guère que quelques exemples avérés de sarcome du vagin, chez des petites filles, publiés par Sänger, Soltmann, Hauser, Ahlfeld, Demme, Steinthal, Schusler, Graenscher. Cette liste vient de s'allonger des deux observations publiées par M. Frick.

La première de ces deux observations concerne une petite fille âgée de 7 mois lorsqu'elle fut conduite auprès du médecin, dans un état de santé florissant en apparence; une tumeur faisait saillie hors de la vulve, dont le volume alla rapidement en augmentant. La surface du néoplasme prit un aspect polypeux. Finalement la tumeur occasionna des difficultés d'urination et de défécation. On procéda à l'extirpation du néoplasme, qui était implanté sur la paroi interne du vagin, un peu au-dessus de la petite lèvre. Un mois après l'opération on se trouvait en présence d'une récidive; la tumeur partait maintenant des deux parois du vagin. L'enfant succomba, un peu plus de trois mois après l'opération. L'aspect extérieur du néoplasme était celui d'une grappe de raisin mûre. L'examen histologique démontra que la tumeur était constituée en partie par un sarcome télangiectasique, à cellules les unes rondes les autres fusiformes.

Dans le second cas, il s'agissait d'un sarcome polypeux, du volume d'une noisette, fixé à la paroi postérieure du vagin par l'intermédiaire d'un pédicule long de 1 à 2 centimètres. Les ganglions de voisinage n'étaient pas engorgés. La tumeur fut extirpée par von Volkmann. Récidive au bout de 8 mois. Une seconde opération fut pratiquée (22 mai 1885). Depuis lors, l'enfant, qui a fait l'objet d'une présentation en 1888, au Congrès de la Société allemande de gynécologie, peut être considérée comme guérie. Elle avait conservé l'hymen intact; l'orifice d'entrée du vagin était légérement rétréci.

XI. — Winckel, dans son « Traité des maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme », a réuni un certain nombre d'exemples de cancer primitif péri-uréthral chez la femme. M. Lester publie un nouveau fait de ce genre. Le sujet, une femme de 43 ans, dont la mère était morte d'un cancer de la matrice, présentait une tumeur dure, du volume d'une noix, occupant le vestibule du vagin. Le néoplasme remontait en haut jusqu'à la symphise pubienne et sur les côtés jusqu'aux branches du pubis. Il formait en avant et autour de l'urèthre une sorte de cratère ulcéré.

On enleva la tumeur (carcinome épithélial) avec le cantère de Pacquelin; les lèvres de la plaie ont été fixées par des points de suture à la muqueuse uréthrale. La guérison s'est poursuivie d'une façon régulière, mais une récidive est survenue au bout de très peu de temps.

XII. — A propos d'un cas de polypes de l'urèthre, chez un homme, Neuberger consacre un article d'ensemble à cette affection, qui est loin d'être rare. Le plus souvent les polypes de l'urèthre se développent dans le cours et sous l'influence d'une uréthrite de date ancienne.

Toutefois dans certains cas ils ne reconnaissent pas semblable origine et donnent lieu à des manifestations qui simulent une uréthrite chronique. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de prédilection de ces polypes, dans l'urèthre de l'homme; par contre il semble démontré que chez la femme, ils occupent de préférence la portion de l'urèthre voisine de l'orifice externe. Ils peuvent se rencontrer à l'état d'isolement ou en nombre plus ou moins considérable, atteignant des dimensions variables.

Chez l'homme, les polypes de l'urèthre évoluent souvent d'une façon latente; chez la femme ils occasionnent d'habitude des douleurs assez violentes. L'endoscopie est d'un grand secours aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement de cette affection, principalement chez l'homme. Le traitement opératoire est variable suivant les circonstances. Pour l'ablation des polypes, M. Neuburger préconise l'emploi d'un écraseur à anse, imaginé par Grünfeld.

XIII. — Le sujet de l'observation de M. Djakonow, une couturière âgée de 21 ans, lors d'une chute, s'était heurtée la tête contre le rebord d'un fourneau, d'où apparition d'une tumeur au-dessus de l'œil gauche. Le néoplasme se développa lentement. Au bout de deux années, il mesurait 52 centimètres de diamètre. Il était arrondi, dépourvu de mobilité, de consistance ferme. La peau était mobile à son niveau, parsemée de petites veinules ectasiées. En fait de symptômes, on notait des douleurs névralgiques dans l'œil gauche et à son pourtour; un peu de diplopie. L'état général était excellent. Le globe oculaire était refoulé de dehors en dedans.

La femme niait tout antécédent de syphilis. On diagnostiqua un ostéo-sarcome. L'ablation de la tumeur fut pratiquée avec le ciseau et la cuiller. Une fois entamée, la tumeur fut trouvée très molle; elle avait une teinte violacée. Dans le cours de l'opération la dure-mère fut mise à nu dans l'étendue d'une pièce d'un franc environ. La femme perdit beaucoup de sang, et pour la ranimer, il fallut recourir aux injections sous-cutanées d'éther. La marche ultérieure des choses fut des plus satisfaisantes. La femme pouvait être considérée comme étant guérie, à sa sortie de l'hôpital.

L'examen histologique du néoplasme a été fait par le professeur Scherwinskji; les résultats portent qu'il s'agissait d'un ostéo-angiome myxomateux, variété de tumeur qu'on n'a que très rarement l'occasion d'observer.

XIV. — Des taches hémorrhagiques de la peau et des hémorrhagies siégeant dans d'autres organes ont été constatées par Harris, dans 3 cas de tumeurs malignes. Dans les 3 cas il s'agissait d'un lymphosarcome du médiastin. L'examen des pièces anatomiques a démontré qu'au siège des hémorrhagies, les capillaires étaient obstrués par des fragments de sarcome. D'après cela l'auteur incline à admettre que les hémorrhagies signalées plus haut reconnaissaient pour cause des embolies spécifiques, et que celles-ci sont responsables en partie; des métastases qu'on observe dans les cas de tumeurs malignes.

Déjà précédemment, un auteur anglais, Fagge (*Guy's Hospital Reports*, 1889. Vol. XXV, p. 1) avait mentionné la coexistence d'hémorrhagies capillaires et de tumeurs qui, pour la plupart étaient des sarcomes. On peut se demander, dès lors, si la cons-

tatation de ces hémorrhagies n'a pas une certaine valeur diagnostique, eu égard à la nature de la néoplasie.

E. Ricklin.

## BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par H. Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker (2 vol chez O. Doin. Paris, 1890).

Tout le monde connaît, pour les avoir entendues de la bouche de l'auteur, les leçons cliniques que M. Rendu professe tous les jeudis à l'hôpital Necker. Les deux volmes que M. Rendu présente au public médical sont le résumé de deux années d'enseignement à cet hôpital.

On entend discuter aujourd'hui l'opportunité de ce genre de publications. Mais quelle méthode d'exposition d'une maladie vaut celle qui consiste à prendre un malade qu'on a vu, qu'on a observé, chez qui on a suivi avec soin les phases du mal ; d'en refaire l'histoire, et de partir de là pour donner de la maladie en question un aperçu *clinique*, en faisant ressortir les points qui, dans les cas particuliers, sont ou ne sont pas dans le cadre ordinaire qu'on lui attribue en général. Il y a longtemps qu'on l'a dit, pour bien rédiger une observation, il faut connaître à fond la maladie dont est atteint le sujet étudié; or, quel meilleur moyen de se graver dans l'esprit les caractères fondamentaux d'une maladie, sinon encore et toujours, la lecture attentive d'une bonne observation bien prise. A ce point de vue, la lecture des leçons cliniques sera toujours une lecture profitable, mais au médecin instruit surtout; car la leçon clinique, l'observation en d'autres termes, entre dans des détails que l'article de pathologie, ou le dictionnaire quelque complet qu'il soit, ne saurait donner. A ce titre, les ouvrages médicaux de ce genre seront toujours accueillis avec faveur, et celui que nous présentons à nos lecteurs a la bonne fortune de porter le nom d'un des cliniciens les plus sagaces que nous ayions, doublé d'un savant et d'un érudit.

« Ma seule ambition. dit M. Rendu dans sa préface, a été « de rendre la physionomie exacte des cas pathologiques qui « ont passé sous mes yeux, et d'en pousser l'analyse aussi loin « que possible, de façon à en tirer toutes les conséquences « pratiques. »

Cette phrase contient toute la philosophie du livre et en met en relief toute la valeur. M. Rendu est en même temps un partisan convaincu de l'observation clinique, il est de l'école de ceux qui croient que le meilleur moyen de faire de la médecine, c'est encore d'étudier le malade « analyse qui conduira « toujours à des données physiologiques et thérapeutiques « plus justes que l'expérimentation sur les espèces animales ». Sur le terrain clinique où se maintient M. Rendu il n'y a rien à ajouter à cette véritable déclaration de principes.

Quand nous aurons ajouté que le livre de M. Rendu n'est pas émaillé de cette nomenclature fastidieuse de noms propres, « érudition, dit-il, qui n'est le plus souvent qu'une compilation déguisée » nous aurons parfait l'éloge de cet excellent ouvrage.

— Le premier volume renferme environ trente leçons divisées en leçons sur les *maladies générales;* sur les maladies de l'*appareil respiratoire;* sur les maladies de l'*appareil circulatoire.*

Parmi les premières, nous relevons celle qui est consacrée à la fièvre typhoïde, et à la difficulté du diagnostic de celle-ci à son début. Rarement le type classique se rencontre : le diagnostic peut rester hésitant pendant plus ou moins longtemps; ou bien ce sont les symptômes d'invasion ou les prodromes qui manquent; ou bien ce sont certaines manifestations cérébrales, pulmonaires ou thoraciques qui prédominent et donnent le change; enfin très souvent ces symptômes sont tellement atténués que la maladie passerait facilement inaperçue. Nous recommandons la lecture attentive de cette leçon à tons ceux qui voudront se faire une idée précise et nette des *formes cliniques* de la fièvre typhoïde au début.

Les autres chapitres de cette première partie comprennent : « la phlébite puerpérale suppurée » ; — « le purpura hémorrhagique infectieux » ; — « l'artérite typhoïde » ; — « la cachexie palustre » ; — « la goutte saturnine » ; — et « le rhumatisme spinal ».

La seconde partie du premier volume renferme des pages très intéressantes. Une leçon entre autres sur la pneumonie traumatique et sur les rapports qui peuvent exister entre le traumatisme de la poitrine, l'hémoptysie et la tuberculose, est des plus instructives au point de vue des tuberculoses latentes à évolution retardée ou ralentie, et qu'un traumatisme vient, comme d'un coup de fouet, réveiller et faire progresser plus ou moins vite.

Une autre leçon également très intéressante sur « la sclérose pulmonaire et la dilatation des bronches ».

La pleurésie, et en particulier la pleurésie purulente, a été traitée avec une faveur particulière — six leçons, — sur lesquelles nous relevons un chapitre consacré aux pleurésies consécutives à la broncho-pneumonie et à la pneumonie. M. Rendu n'est pas un partisan de l'expectation défendue par certains Allemands — Gerhardt — sous prétexte que le pneumocoque n'a dans l'organisme qu'une vitalité temporaire. Du moment, dit-il, qu'il y a du pus dans la poitrine il faut l'évacuer. Comment? par la ponction d'abord. Mais si le liquide se reproduit, *ce qui est la règle*, pratiquer l'empyème selon les préceptes et règles posés par Moutard-Martin, et de bonne heure. La bactériologie tout en apportant des données précieuses au diagnostic à la pathogénie et à l'étiologie, a en le tort de schématiser par trop le traitement des pleurésies purulentes. Il y a des conditions d'époque d'apparition, de marche, etc..., qui forceront souvent le clinicien à sortir des règles, par trop absolues, qui avaient semblé s'en dégager.

Signalons encore deux leçons sur la pneumonie abortive et sur le pneumotyphus.

Les maladies de l'*appareil circulatoire* comprennent « la péricardite » ; — « la symphise cardiaque » ; — « les aortites aiguës et chroniques » ; — « l'angine de poitrine » ; — « l'athérome et l'anévrysme de l'aorte » ; — et en particulier « l'anévrysme de l'aorte descendante et de l'aorte abdominale ».

— Le tome second comprend des leçons sur les maladies de l'*estomac*, du *foie*, de l'*intestin*, des *reins*; et sur les *affections du système nerveux*.

Une leçon sur le « diagnostic différentiel du cancer de l'estomac et de la dilatation gastrique » ouvre le volume; puis vient celle qui concerne « la congestion hépatique et ses rapports avec la cirrhose ». On y trouvera des vues intéressantes et neuves sur les conséquences de la congestion hépatique relativement à la constitution du sang et à la formation de l'urée, sur les troubles contemporains de l'estomac et du pancréas, enfin sur la production de l'ascite, qui, dans l'esprit de l'auteur, est toujours l'expression d'une péritonite concomitante.

Mentionnons encore les leçons sur « l'ictère syphilitique »

et sur « l'ictère grave, on le typhus hépatique bénin »; enfin un diagnostic differentiel des hypertrophies hépatiques, à propos d'un cas de « sclérose hépatique consécutive à un calcul, sans ictère »; et un chapitre très original sur « les hydropisies liées à la diarrhée chronique » et un autre sur « la tympanite ».

Les maladies *des reins* font l'objet de quatre leçons : « néphrite pneumonique »; « néphrite latente sans albuminurie »; « néphrite satnrnine »; « pyélonéphrite d'origine blennorrhagique ».

L'ouvrage se termine par des leçons consacrées aux maladies du système nerveux. Parmi celles-ci, relevons un certain nombre de chapitres d'un intérêt particulier : « la névrite radiculaire du plexus cervical » et son diagnostic différentiel avec la pachyméningite cervicale, avec la myélite des cornes antérieures, et avec l'atrophie musculaire à type scapulo-huméral; « une paralysie provoquée par une méningite tuberculeuse localisée aux deux lobes paracentraux ».

Les leçons sur « l'ataxie », sur « l'hystérie toxique », snr « le tremblement hystérique », sur « la polynévrite aiguë infectieuse », seront lues avec beaucoup de fruit. Enfin mentionnons, pour ne rien omettre de cet excellent ouvrage où tout est à lire et à méditer, les leçons consacrées à « la méningite tuberculeuse »; « à la paralysie diphthérique »; et à certaines formes « d'atrophie musculaire ».

Tel est dans son ensemble l'exposé de ce livre où l'auteur a mis à pleines mains les qualités de clarté et d'analyse qu'il possède à un si haut degré.

Il nous reste maintenant à remercier l'éditeur, M. O. Doin, qui a su mettre au point la partie *artistique* de l'ouvrage. L'impression est excellente; et chose qui sera goûtée tout particnlièrement de ceux qni n'achètent pas uniquement des livres pour orner les rayons de leur bibliothèque, chaque leçon est précédée d'un sommaire très complet qui est reproduit à la table des matières, et qui épargnera bien de la peine et du temps perdu à ceux qui auront besoin d'y chercher un renseignement. D[r] H. B.

## NOTES ET INFORMATIONS

Le Congrès médical de Berlin. — Dans la séance tenue mercredi par le Congrès médical international, M. Virchow a fait connaître que 7,056 cartes en tout ont été distribuées aux membres du Congrès, aux invités et aux dames.

L'Amérique est représentée par 623 membres, la Russie par 421, la Grande-Bretagne par 353, la France par 173.

Après cette communication, le Congrès a adopté la proposition du sénateur italien Bacelli, portant que le prochain Congrès aura lieu à Rome en 1893.

— Des manifestations sympathiques en faveur des représentants scientifiques de la France se sont produites à deux reprises différentes pendant la séance d'ouverture : l'une à propos du rapport du secrétaire général, M. Lassar, l'autre à l'occasion de quelques paroles de M. Bouchard qui a déclaré que les médecins français étaient venus à Berlin parce que les travaux du Congrès devant être utiles à l'hnmanité, ils pensaient servir ainsi leur patrie et apportaient à ce titre leurs vœux de succès aux travaux de cette assemblée.

Signalons parmi les travaux une communication de M. Bouchard sur *l'immunité et son mécanisme*, une antre de M. Lister snr *les progrès de l'antisepsie*.

Nos lecteurs trouveront tout le détail de première séance dans le prochain numéro dn *Journal des Sociétés scientifiques*.

Au Congrès est jointe une très intéressante exposition médicale renfermant qnelques appareils nonveaux. Des fêtes de tontes sortes ont lieu en l'honneur des membres dn Congrès. Banquet à l'hôtel de ville, bal, fête de nuit au théâtre Kroll, avec concert en plnsieurs langues anqnel prendront part d'Andrade et Van Dyck.

Mercredi a été ouvert, à Ronen, dans l'hôtel des Sociétés savantes, le Congrès de l'aliénation mentale, qui a réuni 60 membres.

Le bureau a été formé comme suit :

Président : M. le D[r] Ball, professeur à la Facuté de médecine de Paris; vice-présidents, MM. Falret, Mordret et Delaporte, directeur de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, près Rouen.

De nombrenx rapports sont à l'ordre dn jour de l'assemblée qui visitera aujourd'hui les deux asiles d'aliénés de Rouen.

### LE CHOLÉRA.

Les mesures qui ont éte prises à la frontière d'Espagne contre l'invasion du choléra semblent avoir donné jusqu'ici des résnltats satisfaisants. Mais ce n'est peut-être pas de ce côte qu'est le danger. Nous avons tenu nos lectenrs au courant de la marche du choléra en Asie mineure, et nous disions dans notre dernier numéro qu'aux dernières nouvelles la ville sainte de La Mecque était suspecte; or nos renseignements n'étaient que trop exacts

D'après les nouvelles reçues d'Egypte, il paraîtrait que l'épidémie serait d'une grande violence à La Mecque, que, en particulier dans la journée de samedi dernier, le nombre de décès s'est élevé à 300. Le gouvernement égyptien a envoyé des troupes pour empêcher le débarquement des pèlerins; en particulier à El Tar les nonvelles doivent engager les autorités sanitaires de nos ports de la Méditerranée à redoubler de surveillance pour les provenances de Suez et de l'Extrême-Orient et le gouvernement à prendre des mesures de précaution contre les mêmes provenances.

— Ajoutons que le choléra sévit avec une grande violence aux Indes.

— En Espagne l'épidémie s'étend peu à peu : les provinces d'Alicante, de Tarragone sont envahies. La nonvelle que la province de Badajoz était contaminée a fait prendre au gouvernement portugais des mesures prophylactiques à l'égard des voyageurs venant d'Espagne : arrêt des trains à la frontière, quarantaine de voyageurs dans des lazarets spéciaux.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — Notre collaborateur M. le D[r] Deligny, médecin inspecteur des eaux de St-Gervais, vient de succomber à un accident de voiture Nos lecteurs voudront bien s'associer aux douloureux regrets que nous laisse ce triste événement. M. Deligny était aussi modeste que laborieux et possédait la sympathie de tous ceux qui avaient pu le connaître et l'apprécier.

*Ecole de médecine de Lille.* — Par décret en date du 31 juillet 1890, la chaire de médecine opératoire de la faculté mixte de mé-

decine et de pharmacie de Lille prend le titre de chaire de clinique ophtalmologique.

M. de Lapersonne, agrégé des facultés de médecine, est nommé à partir du 1er novembre 1890, professeur de clinique ophtalmologique à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

*
* *

*Corps de santé de la marine.* — Par décret en date du 31 juillet, M. Guillaud (Antonin-Charles-Henri), docteur en médecine, médecin-auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 2e classe.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*Leçons cliniques sur la grippe, à propos de l'épidémie de* 1889 et 1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille par le docteur H. Villard, correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille. — Paris, G. Masson, éditeur, 1890.

*Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale*, rédigé conformément aux programmes ministériels, avec un résumé d'hygiène, de médecine, d'épidémiologie, de chirurgie militaire et de la simulation dans l'armée, par le docteur P. Bouloumié, médecin consultant à Vittel, secrétaire général de l'Union des Femmes de France. — Paris, Société d'éditeurs scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1890.

*Réflexions sur quelques opérations d'ovariotomie faites à Clermont-Ferrand*, par le docteur Ledru, directeur de l'Ecole de médecine, professeur de clinique chirurgicale. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 1890.

*Les aliénés et les asiles d'aliénés, assistance, législation et médecine légale*, par le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, président de la Société médico-psychologique de Paris. — Paris, J. B. Baillière et fils, 1890.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 27 JUILLET AU 2 AOUT 1890.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 28. — Scarlatine 7. — Coqueluche, 10— Diphthérie, croup, 17.— Choléra, 0. —Phtisie pulmonaire, 133. — Autres tuberculoses, 29 — Tumeurs cancéreuses, 54. — Autres, 7. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 24. — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 51. —Bronchite aiguë, 10. — Bronchite chronique, 24. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 29.—Gastro-entérite des enfants : Sein, 21. — Biberon 85.—Diarrhée au-dessous de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 14.—Sénilité, 25. -Suicides, 18. — Autres morts violentes, 8. —Autres causes de mort, 155.—Causes inconnues, 10.—Total : 848.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## MEDECINE

### ANTISEPSIE INTESTINALE ET FIÈVRE TYPHOIDE.

TRAITEMENT DE LA DOTHIÉNENTÉRIE PAR LE NAPHTOL $\alpha$,
par le professeur Teissier (de Lyon).

L'antisepsie intestinale appliquée au traitement de la dothiénentérie a été réalisée depuis longtemps par Ch. Bouchard ; personne n'a oublié ses premières tentatives à l'aide de la naphtaline et du charbon. Aujourd'hui les éléments dont nous pouvons disposer sont d'un maniement plus facile, et les bons résultats auxquels on arrive, en systématisant rigoureusement l'emploi, font espérer un abaissement encore notable dans le taux de la mortalité par fièvre typhoïde.

Voici en effet les résultats sommaires que nous a fournis le traitement de 15 cas consécutifs de fièvre typhoïde, pris indistinctement et tels qu'ils se présentaient à notre observation. Plusieurs sont arrivés au 15e jour dans notre service sans avoir presque été traités; quelques-uns ont été d'une gravité exceptionnelle.

La guérison a été obtenue dans tous les cas, sauf dans la seconde observation : nous enregistrons cet insuccès comme gage de notre sincérité ; car rigoureusement ce cas devrait être éliminé, la malade ayant été soumise à des traitements variés pendant une absence prolongée que nous fîmes de l'Hôtel-Dieu, et ayant contracté, au moment où on pouvait espérer une issue favorable, une influenza à la suite de laquelle survinrent de grands accès fébriles qui aboutirent à une néphrite suppurée. Sans cela nous pourrions présenter une série absolument vierge.

(1) Communication lue au Congrès de Limoges.

Or, voici comment le traitement avait été réglé :

1° Matin et soir, un cachet de naphtol $\alpha$ de 0,40 centig. avec du salicylate de bismuth.

2° Quatre lavements froids en 24 heures pour entretenir la diurèse.

3° Après le lavement froid de l'après-midi, un lavement de 4 gr. d'extrait de quina et de 0,60 à 1 gr. de sulfate de quinine dissous dans l'infusion de valériane, comme tonique antithermique.

4° Enfin un régime composé surtout de 300 gr. de vin de Bordeaux, de lait et d'un peu de bouillon suivant les cas.

Dans ces conditions, et quelle que soit la période de la maladie à laquelle on ait commencé le traitement, voici ce qu'il a été donné de constater.

Dès que l'antisepsie était réalisée, c'est-à-dire quand les urines devenaient complètement vertes (dès le 4e jour en moyenne), la température baissait progressivement, l'albuminurie disparaissait, la rate perdait son volume anormal, la langue enfin prenait un caractère d'humidité très remarquable, et perdait son enduit saburral.

Dans 4 cas environ, cette chute de la température n'a été d'abord qu'ébauchée avec la dose de naphtol habituelle; la fièvre remontant vers le 3e jour à un degré élevé. Il a suffi alors d'un troisième cachet à 0,40 centigr., c'est-à-dire de

## FEUILLETON

### CAUSERIES MÉDICALES.

Le malade, par M. le Dr Fiessinger.
*Suite* (1).

### II

### LE PUBLIC.

Que pour réussir, un médecin doive plaire au malade et à son entourage, que son savoir soit discuté par ceux qui en ont besoin, la chose est naturelle.

Mais notre profession est faite d'étrangetés.

Représentez-vous un marchand quelconque. Il cherche à satisfaire les gens qui entrent dans son magasin. De ceux qui flânent dans la rue, il n'a cure.

Pour le médecin, c'est différent.

Il est tenu de gagner les faveurs de tout le monde, des clients, dans son cabinet, et des indifférents, au dehors. Parmi ces derniers la plupart ne l'ont pas vu et ne le verront jamais. Ils le jugent néanmoins en parfaite connaissance de cause.

Leurs opinions sont un composé de bribes amassées dans des confidences éparses. Sur ce qu'ils entendent à droite et à gauche, ils échafandent un type dont ils garantissent la ressemblance.

Ils émettent leurs sentences dans des formules sans appel.

La sévérité apportée à leur verdict dépend moins des impressions qu'ils recueillent que de l'état cérébral présenté par eux.

Leur humeur accommodante ou mauvaise modifie dans un sens favorable ou désavantageux les renseignements qui s'accumulent sur votre compte.

Certains esprits se distinguent par leur tour grincheux. En admiration devant leur personne, ils prennent ombrage, comme d'un vol à leur détriment, du bien qu'on dit d'une autre.

(1) Voir les numéros 30 et 32.

1,20 de naphtol $\alpha$ par 24 heures, pour obtenir vers le 4e jour de cette médication plus active la chute thermique qui s'était produite plus tôt dans les autres cas.

A cette chute très régulière et qui se retrouve dans tous nos tracés succède une période de grandes oscillations thermiques durant 4, 6 et 8 jours, et à la suite de laquelle le malade entre d'emblée en convalescence. Celle-ci est très courte. Chose remarquable, pendant toute la durée du traitement, l'aspect typhoïde n'a jamais existé chez nos malades.

Nous croyons légitime d'attribuer au naphtol $\alpha$ cette courbe qui est nettement caractéristique. Nous avons traité autrefois bien des dothiénentériques avec des lavements froids et du sulfate de quinine sans avoir jamais rien obtenu de semblable. Nous pensons qu'en pareille circonstance le naphtol $\alpha$ stérilise dans l'intestin des produits solubles d'origine bactérienne, produits solubles qui, dans la dothiénentérie, sont sans doute pyrétogènes.

D'ailleurs c'est une chose digne d'attention que toutes les fois que nous avons eu à administrer le naphtol $\alpha$ pour combattre des accidents fébriles attribuables à des bactéries donnant naissance à des produits solubles, la température a presque toujours suivi une marche identique. Que ce soit dans l'érysipèle malin, l'état puerpéral ou la dothiénenterie, les courbes thermiques sont toujours influencées par le naphtol dans un sens identique.

Cette assertion, du reste, n'est pas une hypothèse, et nous pouvons fournir une série d'expériences convaincantes prouvant la *stérilisation de l'intestin* comme phénomène corrélatif de l'abaissement thermique.

Ce fait me paraît indéniable grâce aux nombreuses inoculations d'urines entreprises à ce sujet et faites très habilement, suivant le procédé du professeur Bouchard, par le Dr Roques, agrégé de la Faculté.

Tous nos malades, à l'entrée et avant tout espèce de traitement, recueillaient leurs urines de 24 heures. Celles-ci étaient introduites dans la veine auriculaire marginale d'un lapin de façon à avoir le coefficient urotoxique avant l'administration du naphtol; puis régulièrement et pendant tout le cours de la maladie, l'expérience était refaite tous les 4 ou 5 jours.

Or voici les résultats généraux de ces expériences. A leur entrée les malades présentaient toujours un coefficient urotoxique très élevé 0,700 en moyenne. Dès le 3e jour de l'administration du naphtol, le coefficient diminuait de moitié et même souvent plus. Nous l'avons vu tomber à 0,270 et même à 0,133 dès le 3e jour.

Mais, fait plus remarquable encore, il nous a été permis de constater que, même après la suppression du médicament, ce coefficient s'élevait peu ou pas. Rarement il dépassait la moyenne physiologique.

Nous avons eu plusieurs de nos malades qui ont quitté l'hôpital avec de véritables coefficients de néphrite interstitielle; mais leur état général était excellent, les urines absolument normales, le cœur très régulier et ayant sa contractilité parfaite, ainsi qu'en témoignaient les tracés cardiographiques qui ont toujours été pris aussi d'une façon très régulière.

Voici donc des résultats remarquables, et il est intéressant de les comparer et de les opposer à ceux qui ont été obtenus par les Drs Weil et Roques dans leur savante étude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine et les bains froids.

En effet, dans le traitement par les bains froids, ces auteurs ont démontré que, durant tout le cours de la cure, le coefficient urotoxique de l'urine restait à un taux très élevé, tandis que, dans le traitement par l'antipyrine, tant qu'on administrait le médicament, le taux de la toxicité baissait pour se relever immédiatement au moment de la suspension de l'antipyrine.

D'où les conclusions très rationnelles tirées par ces auteurs, à savoir que le bain froid favorise l'élimination des poisons, tandis que l'antipyrine masque leur existence : dès que le médicament est supprimé, il y a alors une véritable décharge de toxines.

D'après nos recherches, le naphtol empêchait réellement la production de ces poisons, sa suspension n'entraînant pas une élimination supérieure.

Dans deux cas seulement, nous avons eu une recrudescence dans la toxicite de l'urine après la suppression du naphtol. Mais cette hypertoxicité s'expliquait très simplement. Dans un cas, il y avait puerpéralité avec poussée de néphrite, et dans l'autre au début de la convalescence était survenue une éruption d'érythème noueux généralisé avec poussée de néphrite. Or, on sait précisément (note de l'Institut en collaboration avec le Dr Roques) que dans les néphrites aiguës, les urines albumineuses très riches, souvent en matières colorantes, ont un degré de toxicité élevé.

---

Leur jugement ressemble à un miroir qui enlaidirait toute image à l'exception de la leur. Les mêmes qualités vous font monter dans l'estime de vos concitoyens et vous rabaissent chez ces gens-là.

C'est une banalité de répéter qu'on ne peut contenter tout le monde.

Le jeune médecin s'en aperçoit, dès son début, aux ironies blessantes sorties de bouches inconnues.

***

La moyenne des opinions individuelles marque le niveau d'une réputation.

Cette moyenne est établie sur des éléments disparates, et les lois de l'arithmétique ne président pas à son évaluation.

Dix personnes vous déclarent bon médecin; dix autres vous trouvent mauvais. Qu'êtes-vous pour la galerie? Ni bon, ni mauvais, pour tout dire, médiocre?

Erreur! vous pouvez être réputé comme tout à fait bon ou tout à fait mauvais.

Tournant sur vous-même, vous mettez en lumière vos qualités ou vos défauts, comme ces tableaux vivants qui représentent le jugement du roi Salomon, et les mères éplorées, alternativement de face et de dos.

Vos dix amis cherchent à vous maintenir de face; vos dix ennemis s'acharnent à vous montrer de dos.

Qui l'emportera?

Ayez les femmes pour vous, et vos qualités éclateront, resplendissantes.

Quant aux hommes, bridés qu'ils sont par les nécessités de la lutte pour l'existence, ils restreignent leurs mouvements au cercle de leur réussite personnelle, et n'opposent qu'une main indifférente à la rotation de la plaque où vous êtes exposé.

Pour que, de leur part, un minimum d'action vous devienne utile, il faut l'adjonction de deux forces : l'autorité qui s'attache à une situation élevée ou l'aplomb qui fascine les timidités ambiantes.

Un châtelain vous appelle comme médecin. Les villageois

Donc, il est fort probable que c'est en neutralisant les substances toxiques secrétées par le bacille d'Eberth, que le naphtol donne les heureux effets dont nous venons de parler. Ces effets ont été signalés par un certain nombre d'observateurs. Mais nous ne sachions pas que les essais aient été faits d'une façon aussi rigoureuse et avec le concours de l'expérimentation, enfin avec le naphtol α. Car nous pensons que le choix du médicament n'est pas ici chose indifférente.

Nos premières tentatives faites avec le naphtol β n'ont pas été aussi probantes, les urines n'avaient pas si nettement la coloration verdâtre. Or, mes observations consécutives ont montré qu'il y a là une véritable pierre de touche : quand la coloration verdâtre manquait, les effets désirés étaient plus longs à se produire. L'antisepsie n'était pas réalisée. De plus, cette coloration verdâtre doit témoigner d'un certain degré d'absorption du médicament, par conséquent d'une action plus intime sur le sang ou les tissus, ce qui répond à l'objection qu'on pourrait adresser à la méthode et au médicament, à savoir qu'il agit seulement de l'intestin, alors que le microbe pathogène est partout.

Assurément cette objection est rationnelle, mais qu'importe, si, dans la dothiénentérie, la plupart des accidents morbides sont sous la dépendance des substances solubles fabriquées dans l'intestin, et si, grâce à l'antisepsie intestinale, on peut supprimer la majeure partie des accidents. La dothiénentérie se trouverait donc, de ce fait, transformée en une maladie plus bénigne, sorte d'entérite ulcéreuse, dont les lésions suivraient leur processus régénérateur sans donner lieu à ces infections secondaires, qui, pour nous, en constituent les principaux dangers.

Et il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque la réalisation de l'antisepsie intestinale entraîne la suppression de l'albuminurie, l'abaissement de la température, la diminution du volume de la rate; enfin l'abaissement du taux de la toxicité des urines.

En résumé, le traitement de la dothiénentérie par le naphtol α, tel que nous l'avons établi en l'associant à l'usage des lavements froids et au quinquina, semble donner des résultats très encourageants. Nous sommes décidés à en poursuivre l'application, parce que cette méthode s'adresse à la source même de l'infection (infection intestinale par un bacille sécréteur de principes solubles) et que le traitement systématique par le bain froid, bien que constituant un grand progrès dans le traitement de la fièvre typhoïde, ne peut être considéré comme un traitement spécifique, le bain froid ne détruisant pas le bacille d'Eberth.

D'ailleurs, dans quelques cas où le bain froid n'avait pas réussi à enrayer les accidents nous avons pu avec avantage lui substituer la médication par le naphtol, nous n'avons garde d'opposer entièrement le traitement antiseptique au traitement antithermique, bien que souvent avec l'antisepsie on fasse de l'antithermie d'une façon indirecte. L'hydrothérapie, pour nous, conserve toute sa valeur et ses indications bien nettes. Aussi, n'avons-nous pas hésité dans une de nos observations, en présence d'une dépression nerveuse intense, à ajouter les lotions réfrigérentes au traitement général par le naphtol, lotions qui ont du reste parfaitement suffi à combattre avantageusement l'état adynamique contre lequel elles étaient dirigées.

## ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

*(Suite)* (1)

Cherchons maintenant la clef de cette variété rameuse des cysticerques.

Et d'abord, comment arrivent-ils au cerveau pour y subir pareilles modifications? Après l'absorption d'un œuf de cestoïde et la destruction par le suc gastrique de son enveloppe protectrice, l'embryon hexacanthe passe à travers la paroi épithéliale de l'estomac ou de l'intestin dans les vaisseaux sanguins qui vont l'acheminer vers le cerveau. Küchenmeister observa le premier ces phénomènes de migration. En faisant l'autopsie d'un mouton qui avait avalé cinq jours auparavant des anneaux de tænia *et cysticerco tenuicolli*, il vit les embryons dans les vaisseaux sanguins se rendant à la veine porte. C'est de là qu'ils arrivent par la veine sus-hépatique et la veine cave supérieure au cœur droit d'où, transportés par

(1) Voir les numéros 27, 28, 29, 30 et 32.

sont contagionnés par la confiance que le châtelain a placée en vous, et ils vous consultent à leur tour.

Mais les châtelains sont rares.

L'aplomb de l'homme du peuple se rencontre plus souvent. Son concours vous est précieux par la suggestion d'estime craintive qu'il provoque autour de lui. Ses coups de poings convaincus enfoncent les tables d'auberge, et les résistances des hésitants.

On subit son empire de par la loi qui soumet le plus faible à l'ascendant du plus fort.

***

L'imitation est un des grands besoins de la nature humaine. La vogue d'un médecin ne représente souvent qu'une expression de ce besoin. Les gens frappent à votre cabinet par la raison qu'un autre y a frappé avant eux. Une fois sortis, ils engagent un troisième à vous consulter et ces derniers renvoient le même conseil à un quatrième.

L'idée de venir vous voir se propage comme une nécessité inéluctable. Votre éloge est fait par le centième malade dans les mêmes termes que par le premier. Les intermédiaires ont servi de fil à transmission.

A la longue, l'usure se produit, le ralentissement s'opère dans le courant élogieux.

Mais l'arrêt n'est amené, que par le passage inopiné d'un courant en sens contraire apportant la réputation d'un nouveau venu.

***

Une disposition innée de notre organisation cérébrale fait qu'une impression se grave rapide et s'efface lentement. Avec un rien, un détail dont nous ignorons la nature, un geste dont nous avons oublié la signification, nous dressons, de pied en cap, dans notre imagination, le portrait d'un passant. « Cet homme, nous déplaît, disons-nous, et nous ne savons pourquoi ».

Nous collons sur son dos un certificat spécifiant l'aversion qu'il nous inspire, et notre paresse instinctive évite de changer cette carte d'identité. La fréquentation assidue de cet homme nous prouve que nous nous sommes trompés ; mais tout en re-

la petite circulation au cœur gauche, ils sont lancés dans l'encéphale. Cependant certaines expériences montrent que parfois la voie lymphatique sert au transport des embryons, ainsi qu'on a pu l'observer sur un veau qui avait mangé des anneaux de tænia saginata. On ne conçoit pas que la distance qui sépare l'intestin du cerveau puisse être franchie directement, à travers les tissus, sans le secours des vaisseaux, par la larve hexacanthe.

Celle-ci, arrivée dans un capillaire ou dans un vaisseau lymphatique du cerveau ou de ses enveloppes, et, plus probablement de la pie-mère, peut franchir la paroi et laisser sous forme d'exsudats, des traces de son passage sur les circonvolutions. — Küchenmeister a fait cette remarque sur le cerveau d'un agneau dix-huit jours après l'absorption d'un tænia cœnurus. Il peut encore subir dans le vaisseau lui-même la transformation vésiculaire et s'enkyster soit provisoirement, soit définitivement. Le temps nécessaire à cette infestation du cerveau, peu connue chez l'homme, a pu être évalué chez le mouton : un de ces animaux, 15 jours après l'absorption d'anneaux, était atteint de tournis et dix-huit jours après le repas, avait des cœnures bien développés dans l'encéphale.

Quoi qu'il en soit, après son arrivée dans le cerveau, il ne semble pas invraisemblable de penser que le cysticerque, avant de rompre ses digues, fait pour ainsi dire un stage dans les tissus, à l'instar de ce qui se passe dans l'œil, d'après von Græfe, où, d'abord inclus dans la rétine, il tombe plus tard dans le corps vitré. Si ce stage ne dure qu'un moment, pas de kyste adventice ; s'il se prolonge, l'enkystement s'accentue et oppose à la sortie du cysticerque une résistance parfois invincible, d'autres fois surmontée. Alors, cette poche, vidée de son contenu, le cysticerque, pourrait être décelée. Zenker, à ce propos, renvoie aux observations 1 et 4 : dans l'une, on découvrit un petit nodule dans la substance de la couche optique ; dans l'autre, un kyste séreux gros comme un pois à la surface du corps strié. La pensée d'en faire des poches antérieurement vidées, dont l'une, tout à fait ratatinée simulait un nodule, dont l'autre formait une collection liquide, l'orifice de sortie s'étant oblitéré, s'étayait sur la constatation de vésicules libres dans le ventricule latéral, pour le premier cas, et sur l'hypothèse plausible que, dans le second, le cysticerque, d'abord libre dans le ventricule, avait ensuite émigré vers la base du cerveau. On connaît des cas de rupture en un point du kyste adventice sans évacuation du cysticerque (1). — Supposons finalement que celui-ci soit tombé dans les espaces sous-arachnoïdiens. Il y jouit d'une pleine liberté et alors, s'il a déjà évolué vers le stade vésiculaire parfait et que sa tête soit conformée normalement, il reste dans le statu quo, c'est à dire globuleux malgré qu'il ait rompu toute adhérence avec les tissus circonvoisins ; *s'il est très jeune*, au contraire, sa vésicule va se développer aux dépens de la tête. Zenker (2) a prouvé la véracité de ce dire en nourrissant une chèvre avec des œufs de tænia saginata et en constatant, treize jours après, à l'autopsie, de nombreux et petits cysticerques disséminés dans le tronc; tandis que, dans la cavité abdominale, flottait librement une masse de longues vésicules polymorphes, analogues, comme apparence, à des poires, des bouteilles, des rouleaux, des biscuits. Sur un sillon du cerveau gisait une vésicule pareille de quatre millimètres de long, la substance cérébrale en enfermant une d'un millimètre. L'expérience répétée toujours avec succès n'a jamais exhumé une tête dans les grandes vésicules alors que des rudiments de tête existent déjà dans celles qui ont un millimètre et même sept dixièmes de millimètre (Leuckart). — Si cette vésicule, par sa position, éprouve une gêne quelconque qui entrave son développement, la tête naît et s'accroît plus ou moins.

Les cysticerques libres, devenus hydropiques par suite de la grande facilité de l'endosmose chez ces animaux, surtout lorsqu'ils baignent dans un liquide, remarquables par la grandeur de leur vésicule caudale, sont tout d'abord à l'aise dans les espaces sous-arachnoïdiens. A mesure que leur accroissement se produit, ils se contournent, s'agglomèrent dans les anfractuosités cérébrales, s'entortillent et se pédiculisent le long des artères et des travées cellulaires qui relient la pie-mère à l'arachnoïde. Cette malléabilité de la paroi ne dépend pas uniquement d'un phénomène physique de diffusion ou de pressions mécaniques imprimées par les parties voisines ; elle est spontanée comme les propriétés de la matière animale placée dans un milieu favorable à son évolution. En effet, ces ramifications paraissent régies par la contractilité de la membrane vésiculaire qui, vivante, malgré qu'elle soit dépourvue de tête, est assimilable, suivant une expression pittoresque de M. le

(1) Martinet. Revue médicale, 1824.
(2) Zenker. Loc. cit.

---

connaissant notre erreur, dans l'amende honorable que nous en faisons, il se glisse un je ne sais quoi de peu spontané, de forcé, de pénible, jaillissant comme reflet de l'antipathie ancienne.

Ces tendances d'esprit s'appliquent au mérite du médecin. Sur son compte, le public se forge une idée bien arrêtée, à lames inflexibles. Que son opinion soit trop flatteuse ou trop sévère, il lui faut des mois pour en revenir. Il lui avait suffi d'une minute pour s'en pénétrer.

Il appartient au jeune praticien de faire flèche de toutes ses qualités, pour frapper au point favorable cette sensibilité à l'impression première. S'il se néglige, s'il n'ordonne pas chacun de ses mouvements en vue du but à atteindre, il sera vite taxé d'incapacité et d'incurie. Une habileté impeccable, dont il fournira des preuves ultérieures et répétées, ne sera pas de trop pour tarir la source d'opposition systématique dans laquelle se noyait, dès le début, sa valeur impuissante.

* * *

Certaines gens vous accuseront de maladresse, quel que soit le démenti apporté par vos succès. Un confrère peu couru, ses amis, ses parents, composent le noyau de ce groupe hostile. Entre tous, la femme du confrère se distingue par son acharnement à griffer.

On a beaucoup parlé des médecins : on ne s'est pas inquiété de leurs femmes.

Et pourtant, remarquez bien qu'un mauvais confrère est généralement marié. Les célibataires rentrent dans la catégorie des bons confrères.

A leur amour-propre sont épargnées les scènes qui froissent, de ces scènes agaçantes comme les répètent les femmes, sans se lasser, en vous piquant indéfiniment à la même place sensible.

Chez la femme du confrère, la réussite du voisin devient motif à des reproches lancés à la face dans un déploiement emporté d'appréciations âpres.

La mansuétude du mari entraîne, pour elle, l'aplomb du confrère ; les procédés convenables encouragent le rival aux

professeur agrégé W. Dubreuilh à un anencéphale doué d'une persistante vitalité. Cette faculté de s'étendre s'exerce au voisinage des cavités limitées par l'arachnoïde où pénètrent, s'étranglent, se moulent les saillies émises par la paroi, lesquelles, en vertu de leur contractilité, peuvent plus tard se libérer tout en conservant la forme acquise. D'autres saillies viendraient à leur tour combler ces dépressions pour céder ensuite la place à de nouvelles qui constituent autant de grains à la grappe terminale.

Cette explication ingénieuse donnée par Zenker (1) ne s'applique pas aux vésicules mûriformes. Ici, la paroi émet des productions secondaires, souvent très minimes, par le mécanisme de la prolifération exogène et en dehors de tout accident de la configuration cérébrale. Cette germination traduit l'excessive vitalité de la paroi.

Peut-être doit-on faire intervenir, pour expliquer l'hypertrophie telle de ces vésicules qu'elle confine à la monstruosité, le milieu liquide, éminemment nutritif où elles vivent, l'espace qui s'étend autour d'elles, l'excitation qu'elles subissent de la part du liquide céphalo-rachidien, sorte de flux et de reflux qui les bat sans cesse, répercute sur elles la mécanique circulatoire et respiratoire et sollicité leurs réactions.

Aussi le cysticerque en grappe échappe-t-il, généralement, à la régression calcaire et se maintient-il longtemps vivace, couvrant de ses ramifications la surface basilaire, comme ces arbres dont la luxuriante frondaison a poussé au détriment des fruits.

A cet ensemble de causes, une invoquée par Mouiez pour faire comprendre le volume relativement considérable sous lequel on rencontre la vésicule du *cysticercus tenuicollis* entrerait peut-être en ligne de compte : ce serait l'absence de division de la vésicule caudale. On sait, depuis les recherches de cet éminent auteur, que, « sur le *cysticercus pisiformis* âgé « de 22 jours, alors que les larves ont atteint la longueur de « un centimètre environ sur moins d'un millimètre de large, « celles-ci se divisent en deux parties à peu près égales, par « une constriction constante, très visible à l'œil nu et que « l'on peut aisément étudier à l'aide de faibles grossissements. « Bientôt ces embryons vermiformes du tænia perdent leur « moitié postérieure devenue histologiquement impropre à la « reproduction et qui, conservée en entier, eût été superflue « même pour protéger la tête et le cou : cette fonction est dé- « volue à la moitié antérieure. Le processus d'élimination « consiste dans le sphacèle de la partie moyenne du corps. »

Si cet étranglement médian n'a pas lieu, si nulle perte de substance n'entâme le cysticerque, on comprend qu'il prenne d'emblée des dimensions plus volumineuses. Malheureusement si la théorie est séduisante, elle est hypothétique car cette division larvaire demeure inconnue, jusqu'à nouvel ordre, pour ce qui concerne les cysticerques ordinaires du porc et du bœuf.

Zenker se demande si l'on peut admettre la séparation par étranglement d'un ou de plusieurs des diverticulums qui continueraient, après leur isolement, à vivre de leur vie propre. Marchand adopte cette vue de l'esprit, mais, dans une de ses observations, remarque une déchirure sur une vésicule secondaire séparée de la principale, ce qui prouverait que, sans effraction, point de détachement. Notre observation XX rend probable ce mode de segmentation : le petit kyste pédiculé ne communiquait pas avec la cavité principale et l'on comprend qu'il pût à un moment donné, par solution de continuité du pédicule, perdre ses dernières attaches.

Le *cysticercus racemosus* ne s'étend pas dans les espaces lymphatiques du cerveau sans causer autour de lui des altérations anatomo-pathologiques. Une des plus importantes, l'*arachnitis chronique*, aperçue par Virchow et Marchand, se traduit par l'épaississement, la couleur blanc jaunâtre de l'arachnoïde, son opacification à un degré tel que, vers la base, l'hexagone de Willis et les vésicules sont cachées à la vue par cet écran. Sur les bords des scissures, cette membrane adhère fortement à la pie-mère et au cerveau. Dans les ventricules, le contact des kystes avec la toile choroïdienne provoque une teinte grisâtre de ces tissus. Sous le microscope, on voit sur l'arachnoïde de nombreuses mailles étroites, à travées brillantes, hyalines, fibreuses (Zenker), toutes choses bien différentes d'une infiltration cellulaire.

Cette méningite basilaire explique l'hydrocéphalie chronique tant de fois consignée dans les autopsies. Elle ne manque jamais dans les cas graves ; nous n'avons qu'un seul fait de Wirchow où l'on n'en fasse pas mention. Lorsque le cysticerque se propage le long des fentes cérébrales, la pression exercée sur les veines de Galien, par exemple, a pu augmenter l'exsu-

(1) Zenker. Loc. cit.

---

grossièretés ; le rôle d'enclume provoque l'autre à celui de marteau.

Et ainsi de suite, et cela recommence tous les jours aux heures des repas.

L'homme le plus patiemment doué s'exaspère à ces coups d'épingle qui dérangent quotidiennement ses digestions.

Il se lève de table, mordu par la rage et criant vengeance.

Au dehors sa fureur se déverse sur les actes les plus corrects du rival.

Il devient mauvais confrère.

Que le Seigneur lui pardonne !

Il l'est devenu pour avoir la paix dans son ménage.

***

Les idées du public s'orientent par tours brusques, vers les directions les plus opposées. L'enthousiasme pour ce qui est nouveau attire la foule comme un aimant capricieux, tantôt vers le nord, tantôt vers le sud. Tout nouveau, tout beau, ronchonne le vieux praticien pour se consoler du succès d'un jeune confrère.

Il est indispensable à ce dernier de paraître nouveau le plus longtemps possible. La durée des hommages reçus de la clientèle est comptée par le talent qu'il apporte à se montrer sous un jour qui ne lasse point.

Un grand tort de la plupart des médecins de campagne est de trop se mêler au public ambiant. Ils se découvrent à la critique et au bout, de quelques semaines, n'offrent plus une surprise de physionomie en réserve.

Ils s'illusionnent sur le bénéfice des relations que leur vaut cette fréquentation amicale de tout le monde.

Malades, les amis de café frappent aux portes des autres confrères.

Le public n'admet pas que le médecin partage ses distractions. Il s'intéresse aux faits divers et à la politique.

Un médecin qui s'occupe de ces fadaises croule dans son estime.

Les discussions sur les petits sujets ouvrent porte aux petits côtés des caractères.

En restant chez lui, et en disant juste ce qu'il faut pour ne

dation. Le pédicule repose-t-il sur une artère, des troubles circulatoires deviennent possibles.

Le cerveau lui-même, au voisinage des vésicules, s'aplatit et se déforme ; les circonvolutions s'amincissent sans que, habituellement, leur substance s'altère. Pourtant le premier et surtout le troisième cas de Marchand démontrent que ces vésicules pénètrent quelquefois dans la substance cérébrale et y produisent de graves lésions. Dans ce dernier cas, en particulier, l'espace perforé antérieur droit jusqu'à la surface du corps strié était déprimé et jaune; dans le premier, on notait aussi des foyers de ramollissement.

## RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

### UN CAS DE PARAPLÉGIE PAR ANKYLOSE VERTÉBRALE

Par le Dr Combemale,
Professeur agrégé,
Chef du laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Lille.

Le nommé Tobie M..., musicien ambulant, 66 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 23 avril 1890. Couché au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, il réclame nos soins pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs qui a déjà été traitée par le sulfate de strychnine, les bains sulfureux; au dire du malade, il était regardé par son médecin comme un ataxique.

On ne trouve dans ses antécédents héréditaires rien de bien saillant; son père est mort à 75 ans d'une maladie aiguë de poitrine, sa mère à 70 ans d'une cardiopathie. En ce qui le concerne, nous n'avons noté qu'un état pyrétique mal défini vers l'âge de 6 ans; pas d'intoxications, pas d'infections.

La paralysie des membres inférieurs qui l'amène à l'hôpital a commencé il y a environ trois ans, affectant le côté droit, ne se manifestant par aucune douleur. A l'occasion d'un coït impétueux, il ressentit vers cette époque une vive douleur le long de la colonne vertébrale, et quelques jours après s'établissait dans le membre inférieur droit une parésie progressivement intense; puis le membre inférieur gauche était pris. Au bout d'un an le malade ne pouvait plus marcher seul, il se tenait debout avec difficulté.

L'examen auquel on soumet le malade révèle la paralysie à peu près complète des muscles extenseurs et fléchisseurs du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse, des deux côtés. Ces muscles sont flasques, leurs saillies normales sont effacées, et aux excitations électriques ils répondent faiblement et donnent la réaction de dégénérescence. Il n'y a pas du reste que ces muscles d'atteints: les muscles de la fesse, les adducteurs de la cuisse sont aussi parésiés dans la même mesure. Dans tous ces muscles, on voit se produire à la suite de légères excitations, provoquées surtout par le froid, des secousses fibrillaires errant sous la peau.

A ces troubles de l'appareil moteur s'ajoutent des troubles trophiques: les pieds en particulier sont bleuâtres, un peu enflés, la peau des deux membres inférieurs est sèche, écailleuse, mal nourrie, les ongles sont fort épais.

Quant à la sensibilité, elle est normale, peut-être même légèrement augmentée à la piqûre. Il n'existe pas du reste, et il n'a jamais existé de troubles moteurs ou douloureux du côté de la vessie ou du tube digestif inférieur. Enfin le réflexe rotulien est bien diminué.

En présence de semblable paraplégie, d'une paralysie motrice avec troubles trophiques et réflexes sans altération notable de la sensibilité, il fallait en rechercher la cause, la nature. L'examen du malade fut poussé plus avant.

Le membre supérieur nous montra un léger tremblement d'ensemble lorsque la main était étendue. Nous remarquâmes de plus qu'il existait une légère déviation de la langue à droite, et que le malade éprouvait une certaine difficulté de la prononciation, qui ne tenait pas au fait que cet homme, Hollandais, s'exprimait mal en Français, mais qui se caractérisait par cet ânonnement particulier à certaines paralysies générales. Enfin, l'attitude physique de cet homme qui nous avait surpris, nous révéla en recherchant la raison de son aspect soudé, l'existence d'une ankylose presque généralisée de la colonne vertébrale: à la manière des loups qui ne peuvent mouvoir latéralement leurs vertèbres, cet homme, pour regarder en face, se déplaçait en totalité, son visage devant être dans l'axe de son corps; la tête était droite, rigide à l'extrémité de ses vertèbres cervicales, et les vertèbres lombaires étaient incapables d'une ondulation quelconque et dans quelque direction que ce fût, de même que les vertèbres dorsales rendaient son dos voûté et fortement incurvé en avant. Cette rigidité de la colonne vertébrale était bien due à l'ankylose des articulations, car il n'existait pas de troubles sensitifs ou musculaires le long des apophyses épineuses et dans les masses musculaires des gouttières latérales; l'électricité n'y révélait pas davantage d'altération cutanée ou musculaire. Il n'existait pas de lésions des organes splanchniques: les poumons, le cœur, le tube digestif et ses annexes étaient en bon état; on ne constatait qu'un léger athérome artériel.

---

pas être accusé de morgue, le médecin s'entoure d'une zone de protection qui ne laisse pas échapper ses goûts et ses opinions dans les passions du domaine public.

Il devient l'homme qui plane au-dessus des rivalités et des intérêts mesquins. Et, libre de ses mouvements, dans les régions élevées de la science, il est suivi par le regard respectueux des gens qui se bousculent en bas, très loin de lui.

Pour le public, ce médecin, vivant à l'écart, jouira presque toujours de la faveur d'attention qui s'attache au nouvel arrivant.

*(A suivre.)*

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

*Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de juillet* 1890 (année scolaire 1889-1890).

M. de Fleury. — Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.

M. Lecœur. — Contribution à l'étude des luxations exposées de l'épaule.

M. Jaubert. — Etude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale.

M. Dhomé. — Contribution à l'étude de la résection costale.

M. Lasselves. — Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et en particulier du procédé du Dr Loviot.

M. Chevalier. — La paralysie générale à l'asile de Dijon (de 1843 à 1889). — Considérations statistiques étiologiques et cliniques.

M. Dumas. — Des sillons congénitaux.

M. Forget. — De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le 29 mai, ce malade mourait d'une pleuro-pneumonie; malgré notre insistance, l'autopsie de cet homme, que réclamèrent ses coreligionnaires Juifs, ne put être faite.

Cette observation est intéressante à bien des titres; je ne relèverai que la question du diagnostic.

A n'en pas douter, nous nous trouvions en présence d'un cas de compression lente de la moelle épinière. Malgré le peu de renseignements fournis par le malade sur son état, on peut faire remonter à trois ans le début de sa paraplégie. Cette paraplégie a été progressive et a abouti à la paralysie avec flaccidité que nous avons constatée à l'examen; aucune modification de la sensibilité n'est intervenue, aucune contracture musculaire et aucune exagération des réflexes n'ont apparu. C'est que cet homme en était resté encore à la première période de la compression lente de la moelle, les secousses fibrillaires, de même que la légère hyperesthésie cutanée au niveau de ses membres inférieurs, pouvant être rapportées au début de la seconde période. La longue durée de cette première période est déjà un fait assez rare pour être noté.

Quel était le siège probable de la lésion médullaire qui se manifestait par de semblables phénomènes? Il serait difficile de le dire, et nous ne saurions nous appuyer sur ce qu'il n'existait pas de troubles des sphincters vésical et anal pour trancher la question; ces troubles n'intervenant que dans la phase de contracture permanente des membres; de par l'opinion que nous nous sommes faite de sa nature causale, nous sommes porté à admettre que la lésion était diffuse et siégeait aussi bien dans la région cervicale que dans les régions dorsale et lombaire de la moelle.

Quant à la cause de cette compression lente de la moelle, nous avons assez insisté sur le fait de l'ankylose vertébrale pour que nous soyons disposé à accepter une autre interprétation. Nous ne trouvons dans l'histoire de ce malade que la vive douleur vertébrale perçue pendant un coït comme cause apparente de la paraplégie survenue ensuite; est-ce là une raison suffisante pour rapprocher ce fait de celui fourni au professeur Charcot (1) par le Dr Liouville, et dans lequel, bien que le rachis ne fût pas déformé, le corps de plusieurs vertèbres était profondément altéré? Etait-ce, en un mot, un mal de Pott sans signes manifestes? L'autopsie seule aurait pu nous répondre.

Mais, en l'absence de cette vérification, nous trouvons une ankylose certaine, évidente, de toute la colonne vertébrale; et nous nous croyons en droit d'admettre que, cette ankylose généralisée, fût-elle tuberculeuse, c'est cette ankylose qui, par un processus dont nous ne méconnaissons pas l'obscurité, a amené ces phénomènes de compression lente de la moelle.

Il resterait à défendre notre diagnostic de compression lente de la moelle: la paralysie agitante pourrait être mise en canse par suite de cet aspect soudé du sujet, le diagnostic de paralysie générale à forme paraplégique pourrait aussi être opposé à celui que nous avons formulé; à part quelques signes communs à ces trois maladies du système nerveux, nous ne trouvons pas dans notre observation de complexus symptomatique suffisant pour nous faire rectifier notre diagnostic.

(1) Charcot. Maladies du système nerveux, 1885, t. II, p. 121.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE

I. — LA SOLUBILITÉ DE L'IODOFORME DANS L'HUILE D'OLIVES, par le Dr KLINGEMANN. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890. n° 32, p. 602.

II. — CONTRIBUTIONS A L'ÉTIOLOGIE ET AU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PRIMITIVE, par le Dr EUGSTER. *Deutches Archiv. für Klin. Medicin* T. XLX, fasc. p. 204 et fasc, 5 et 6 p. 441.

— LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE SÉREUSE PAR LE SALICYLATE DE SOUDE, par le Dr B. TETZ. *Therapeutische Monatshefte*, juillet, 1890, p. 323.

III. — UN CAS D'INTOXICATION PAR LE CAFÉ, par le Dr MULLER. *Ibidem*, juin, 1899, p. 314.

IV. — UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIPYRINE par le Dr SALINGER. *American Journal of the medic. Sciences*, mai 1890.

I. — On ne s'était pas enquis jusqu'ici, d'une façon précise, par voie d'expérimentation méthodique, du degré de solubilité de l'iodoforme dans l'huile d'olives; c'est pourtant là un point qui présente un réel intérêt pour les chirurgiens. L'iodoforme renferme 96.7 0/0 d'iode. Sa toxicité est relativement grande. Il importe donc de savoir quelle quantité de substance toxique on introduit dans l'organisme, lorsqu'on porte une émulsion d'iodoforme au contact d'un tissu vivant, susceptible de résorber l'agent toxique.

M. Klingemann a obtenu une solution saturée d'iodoforme dans de l'huile d'olives, en agitant pendant douze heures, dans un flacon de verre opaque, à la température de la chambre, un mélange de 5 grammes d'iodoforme et de 30 grammes d'huile. En filtrant le mélange à travers de la laine de verre, il l'a débarrassé de l'iodoforme non dissous. Une certaine quantité de cette huile iodoformée fut saponifiée au moyen d'une solution alcoolique de potasse. Le produit de sapomification fut débarrassé de l'alcool, dans un bain-marie. Le résidu a été repris avec de l'eau et acidulé avec de l'acide azotique. Les acides gras ont été extraits au moyen de l'éther. La solution aqueuse restante contenait tout l'iode à l'état d'iodure de potassium. Après évaporation de l'éther par l'échauffement, l'iodure de potassium a été précipité au moyen du nitrate d'argent.

Il s'est fait voir que la solution huileuse obtenue ainsi qu'il a été dit plus haut renfermait 2,5 à 3 0/0 d'iodoforme. La constitution de l'huile employée comme véhicule exerce vraisemblablement une certaine influence sur la proportion d'iodoforme dissous, mais cette proportion ne variera jamais qu'entre des limites peu étendues.

II. — Dès 1875, un médecin italien, Gasparini (*Gazetta lombarda*, 1875, p. 11), avait mentionné que l'acide salicylique donne de bons résultats dans le traitement de la pleurésie séreuse. Vers la même époque, Eichhorst, dans le compendium de pathologie de Virchow, avait fait la même remarque. Mais jusque dans ces derniers temps, les médecins n'ont pas accordé grande attention à cette application thérapeutique d'un médicament qui occupe une place si improtante parmi les agents de la matière médicale.

Dans un travail paru en 1883 (*Pathologische Mittheilungen* fasc. 2, p. 73), M. Aufrecht signalait l'influence salutaire que l'acide salycilique exerce souvent sur les épanchements séreux de la plèvre, de date récente. Trois ans plus tard (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1886, n° 10, p. 151), dans un article sur le traitement de la pleurésie et de l'empyème, il est revenu sur ce point de thérapeutique. Sans prétendre que l'efficacité de l'acide salycilique fut constante, il invoquait le témoignage de l'observation clinique pour affirmer que « l'administration

de l'acide salycilique procure dans certains cas une guérison rapide de la pleurésie ; que, d'autre part, la durée moyenne de traitement est beaucoup plus courte qu'avec les autres médications ». Les doses indiquées par Aufrecht étaient de 5 à 6 grammes d'acide salycilique dans les vingt-quatre heures, par prises de 1 gramme, dose ramenée, le troisième et le quatrième jour, à 3 ou 4 grammes, sauf, en cas de parfaite tolérance, à continuer la médication pendant huit ou dix jours.

Un peu plus tard, un médecin de Vienne, M. Huber (*Wiener medic. Presse* 1888, n° 13, p. 446), à propos de recherches faites sur l'action diurétique de l'acide salycilique, publiait plusieurs cas d'épanchements pleuraux traités avec succès par le médicament en question.

L'an dernier, M. Herz (*Therapeutische Monatshefte*, septembre 1889) a relaté d'autres faits qui parlent en faveur de l'efficacité de l'acide salicylique dans les cas d'épanchements pleuraux simples.

Plus récemment, un médecin de Pesth, M. Stiller (*Pester medic chirurg. Presse* 1890, n° 3) a signalé les bons résultats que lui donne l'acide salicylique, dans le traitement de la lithiase biliaire, et dans le traitement de la pleurésie séreuse. D'après Stiller, l'efficacité du salicylate de soude serait souveraine contre les épanchements séreux de la plèvre. Quand, dans un cas d'épanchement pleural, le médicament échoue, c'est qu'on a affaire à une pleurésie purulente.

— M. Engster, dans son travail, rend compte des résultats obtenus à la clinique médical de Zurich dans le traitement de la pleurésie exsudative par la thoracentèse, par les toniques, par différents diurétiques et notamment par le chlorure de sodium et par l'acide salicylique. Je ne m'occuperai dans cette revue, que des résultats obtenus avec ce dernier médicament.

Le nombre des pleurétiques exclusivement traités par l'acide salicylique a été de 13 ; 2 de ces malades ont quitté l'hôpital avant leur entière guérison, simplement améliorés ; il n'y a donc pas à en tenir compte. Des 11 autres, 4 ont pris de l'acide salicylique pendant douze jours, les 7 restants ont usé de la médication jusqu'à complète disparition de leur épanchement. Chez ces 11 malades, la durée moyenne de la pleurésie a été de trente-cinq jours (5 limites extrêmes 20 et 58), durée relativement courte. Il est à remarquer que dans 8 cas l'épanchement était de faible volume, et que dans les antres cas, il était de moyenne abondance. Chez deux de ces malades, l'acide salicylique n'était administré que de deux jours l'un, afin qu'on put apprécier en bonne connaissance de cause l'effet de la médication sur la diurèse. Dans l'un de ces cas, l'administration de l'acide salicylique faisait monter la quantité d'urine des vingt-quatre heures de 210 c. c., et de plus de 400 c. c. dans l'autre cas. L'acide salicylique était administré dans du pain azyme, par prises de 1 gramme au nombre de 3 et 5 dans les vingt-quatre heures. La médication n'a jamais entraîné d'effets fâcheux. Un seul malade a eu de fortes sueurs.

En somme, c'est le traitement par l'acide salicylique qui a donné les résultats de beaucoup les plus satisfaisants.

— M. Tetz, médecin à l'hôpital juif de Lublin, a traité un certain nombre de cas de pleurésie séreuse par le salicylate de soude (4 à 5 grammes, puis 3 à 4 grammes *pro die*). Quand la médication était instituée dans les premiers temps de la maladie, la résorption de l'épanchement se faisait en huit ou dix jours. Quand l'épanchement était de date moins récente, il fallait, pour obtenir ce résultat, poursuivre la médication beaucoup plus longtemps, la preuve ayant été faite, au moyen d'une ponction exploratrice, de la nature séreuse du liquide épanché. D'après Tetz, le salicylate de sonde agirait dans les cas de pleurésie séreuse, non pas tant à la faveur de son action diurétique, que comme spécifique.

Il y a là, en somme, une série de témoignages qui doivent engager les médecins à tenter, à l'occasion, l'emploi de l'acide salicylique dans les cas d'épanchement pleurétique séreux de date récente, d'abondance moyenne ou faible.

III. — L'observation de M. Muller concerne un jeune musicien très nerveux, mais d'une bonne santé habituelle, qui ayant bu coup sur coup 4 tasses de café très fort, présenta les accidents suivants :

Trois heures après l'absorption du café, le sujet était dans un état de violente excitation. Il avait la figure et le front congestionnés, couverts de sueur ; les pupilles de diamètre normal, réagissaient bien. Les membres étaient agités par un tremblement très intense. Le pouls et la respiration étaient très accélérés ; les battements du cœur ébranlaient fortement la paroi thoracique. Le malade avait des nausées, la tête lourde ; il se plaignait surtout de l'agitation à laquelle il était en proie.

On lui fit prendre des fragments de glace et un peu de morphine (0 gr. 01), ce qui lui procura du calme. Il dormit d'un sommeil très agité. Le lendemain il se sentait abattu, vertigineux, mais, après avoir absorbé du bromure de sodium, il put le surlendemain reprendre ses occupations.

IV. — Une femme de 53 ans présentait les symptômes d'une atrophie granuleuse des reins ; elle avait notamment de la céphalalgie. Pour la soulager, le médecin lui prescrivit de l'antipyrine, à raison de 35 centigrammes toutes les trois heures, jusqu'à cessation de la céphalalgie. Or, cinq minutes après la première prise, la malade vint en proie à des accidents graves : sensations alternatives de froid et de chaud, dyspnée, tuméfaction des lèvres et de la langue, irrégularité et accélération du pouls (160-168), élévation de la température interne, spasmes dans les muscles du cou et surtout dans ceux du larynx. Ces spasmes se calmèrent à la suite d'une injection de morphine (0,02) et d'atropine (0,005). Le lendemain, des plaques d'urticaire occupaient les espaces interdigitaux, aux mains et aux pieds ; la malade était dans le coma ; son urine était très albumineuse. Cet état comateux persista pendant 36 heures. Le troisième jour, des fausses membranes recouvraient la langue, les lèvres, le pharynx ; puis de petits abcès se sont formés à la surface des amygdales, aux gencives et sur la langue.

La malade dut garder le lit pendant vingt-six jours ; dans l'intervalle, elle maigrit de 20 livres. Au bout de deux mois, ayant repris 0 gr. 35 d'antipyrine pour calmer des maux de tête, elle présenta les mêmes accidents d'intoxication, sous une forme plus atténuée. Il en fut de même encore, après une nouvelle ingestion d'antipyrine.

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

HYPERTROPHIEN DER HINTEREN ENDEN DER UNSEREN MUSCHELN DER NASE (De l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur du nez) par R. CHOLEWA (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde* XIX).

Sur 93 cas observés par l'auteur, 68 concernaient des hommes, 25 seulement des femmes, 40 étaient bilatéraux, 38 siégeaient sur le côté droit, 15 sur le côté gauche ; c'est de 21 à 30 ans que l'affection s'observait de préférence.

Cette lésion, qui a donné lieu de la part de Semeleder (Rhi-

noscopie, Leipzig 1862) à de très belles planches, semble cependant avoir été étudiée plus tardivement que les végétations adénoïdes. Cependant, lorsqu'il existe une déviation de la cloison, une crête, on est à pen près sûr de trouver du côté opposé une hypertrophie de la qnene dn cornet inférieur et qnelquefois dn cornet moyen. Comme les déviations de la cloison s'observent principalement à gauche, ceci explique la prédominance des quenes de cornet à droite.

Les imprimeurs seraient particulièrement parmi les corps de métier atteints.

La structure de ces tumeurs est papillaire; les papilles sont peu marquées quand l'hypertrophie se limite à la queue du cornet; elles le sont plus lorsque l'hypertrophie envahit aussi l'extrémité antérieure et la partie moyenne dn cornet. Dans les hypertrophies à grands lobules (en grappes) ce sont les glandes et les vaisseaux qui dominent; dans les hypertrophies plates, c'est le tissu conjonctif.

Les malades se plaignent de manx de tête dans la proportion des 2/3; ils respirent suffisamment par le nez, mais ils ont quelque chose qui les gêne et dont ils n'arrivent pas à se débarrasser en se mouchant, car la queue du cornet se trouve alors enclavée par l'effort. Enfin on découvre souvent la lésion par hasard.

La cocaïne dégonfle la mnqueuse sauf la queue du cornet qui offre de la résistance au stylet mais se laisse ballotter facilement. Par sa coloration blanchâtre, due à sa structure, elle tranche du reste de la muqueuse rouge. La rhinoscopie postérieure devient indispensable qnand il y a déviation de la cloison.

Cholewa préconise comme traitement l'emploi de l'anse froide introduite par le méat inférienr et jetée autour de la queue du cornet. Contrairement à certains auteurs, il ne croit pas l'opération difficile quand l'œil peut suivre l'anse jusqu'au bout. Hopmann recommande l'introduction de l'index dans le pharynx nasal par la bouche pour guider l'anse introduite par l'autre main, quand l'œil ne peut le suivre; mais Cholewa préfère avec raison faire disparaître au préalable les déviations et les crêtes de la cloison.

Si les obstacles proviennent des parties antérieures et moyennes hypertrophiées, on les enlèvera d'abord avec l'anse. Le tube du serre-nœud n'a pas plus de 2 mm. 1/2 de large, ce qui permet un maniement facile. L'auteur va au-devant de l'objection qu'on pourrait lui faire relativement à l'emploi de l'anse *froide*. Il rappelle que l'anse chaude est de plus en plus abandonnée comme donnant une plus forte réaction. L'écoulement sanguin dépend plus de l'état individuel de l'opéré que de l'opération. Comme traitement consécutif on doit introduire un tampon dans le méat inférieur jusqu'à la queue du cornet et on le change au bout de 24 heures. Cette recommandation est très importante parce qu'au bout de 36 ou de 48 heures on observe une infection septique avec fièvre vive, céphalalgie, etc.

D'après cet article, qui concorde d'ailleurs parfaitement avec la théorie et la pratique actuelle la plus générale, on ne peut discerner si l'auteur coupe la queue du cornet par une traction éuergique, qui s'accompagne toujours d'un peu d'arrachement, ou s'il emploie un procédé lent et doux, analogue à celui qui résulte de l'emploi de l'écraseur de Jarvis. Voici comment on peut opérer en réduisant la possibilité d'hémorrhagie an minimum. On prend un serre-nœud à polypes du nez à tube grêle, puis dans l'anse mise en place, après avoir serré de façon à bien saisir le morceau à enlever, on tourne les ailettes d'une vis ingénieusement adaptée à l'instrument, d'après le principe de Jarois, par le Dr Châtellier; cette vis fait disparaître proprement l'anse, dans le tube d'abord en étranglant la tumenr, puis en la sectionnant. Si l'on met 5 minutes à opérer, *montre en main*, l'hémorrhagie est insignifiante. Le morceau sectionné est parfois si gros que le malade ne peut l'expulser par le nez en soufflant. Il faut alors le pousser avec un stylet en avertissant le malade; celui-ci, le sentant tomber dans la bouche, le crache anssitôt. Aucune opération ne peut remplacer celle-là. R. CALMETTES.

UEBER DIE URSACHEN DES FURUNKEL (Des causes du furoncle), par C. SCHIMMELBUSH (*Archiv für Ohrenheilkunde* XXVII) (1).

L'auteur a répété les expériences de Garré et de Bockhardt qui s'étaient inoculé le furoncle sur le bras par frottement de cultures du staphylococcus pyogènes. Il prit une culture pure de staphylococcus pyogènes aureus provenant d'un furoncle de l'oreille et la frotta sur les mollets de deux individus qui se moururent d'infection purulente. Le résultat positif de l'expérience, joint à la présence constante de staphylocoques dans les furoncles prouve d'une façon indiscutable que la furonculose est une maladie infectieuse et que le staphylocoque pyogène en est la cause. L'infection se fait par pénétration des staphylocoques dans les sacs des follicules pileux et non dans les glandes sudoripares.

PHTHISIE LARYNGÉE PRIMITIVE, ACQUISE PAR COHABITATION, par CADIER, Paris, 1889.

L'auteur a étudié un certain nombre de cas de tuberculose laryngée chez des individus mariés avec des phthisiques; 43 fois sur 70, les premiers symptômes survenaient quand le conjoint était dans un état très avancé; 5 fois sur 70 le conjoint n'avait que des craquements humides localisés; 22 fois sur 70, les premiers symptômes ne sont apparus que quelque temps après la mort de l'époux, chez une veuve au bout de 8 mois. Plusieurs malades étaient encore à la période de début un an après la mort du conjoint. L'inoculation bacillaire reste longtemps localisée an larynx; elle occupe les cordes vocales supérieures, l'espace interaryténoïdien et la face postérieure de l'épiglotte. Les cordes vocales restent longtemps indemnes 25 fois sur 40, les signes sthétoscopiques n'apparurent que vers le milieu ou la fin de la période ulcéreuse, 14 fois ils l'ont été au début, et 11 fois quand l'œdème était apparn depuis longtemps.

UEBER DIE SCHLITZUNG DER MANDELN (De la discision des amygdales), par MORITZ SCHMIDT (*Therapeutische Monatshefte*, octobre 1889).

La discision des amygdales pratiquée d'après le procédé de Hoffmann (Baden-Baden), consiste à transformer les cryptes amygdaliennes en surfaces toujours balayées par la déglntition. Avec un crochet mousse on cherche les lacunes souvent très profondes et renfermant des quantités incroyables de bouchons avec dépôts calcaires plus ou moins considérables dns au leptothrix, puis avec un crochet pointu on en perfore le fond et par une traction plus ou moins forte ou en déchire la paroi interne. La face interne du crochet ne doit pas couper mais déchirer, car les bords de la plaie se soulèveraient trop vite. Si l'amygdale résiste, il faut exercer une contrepression sur elle, par exemple, à l'aide de l'ancien releveur du voile de Czermak dont on fait glisser l'annean terminal autour du cro-

(1) Fortschritte der medicin 1885. 6. et Monatschrift für pract. Dermatologie d'UNNA. Hambourg, 1887, n° 10.

chet. On n'oubliera pas la crypte supérieure placée à l'angle des deux piliers qui est souvent très profonde et très encombrée. L'opération est vraiment indolore; on peut cependant appliquer la cocaïne. Pendant un ou deux jours, faible gêne de la déglutition; gargarisme au salol. Aussitôt après la discision, friction de l'amygdale avec une boulette d'ouate trempée dans la poudre suivante : talc 5, iodolate de zinc 1.

Cette opération, bien supérieure à l'emploi du galvano ou du thermocautère, parce qu'elle permet de pénétrer partout, a non seulement pour but de supprimer tout corps étranger de l'amygdale qui en favorise l'infection (diphtérie, angine phlegmoneuse, etc), mais guérit un grand nombre de prétendues paresthésies et hyperesthésies, simplement dues à la présence d'un bouchon. Sensation de corps étranger, dépression, douleurs vagues irradiées vers l'oreille, pouvant même simuler la névralgie du trijumeau, pharyngite chronique, parfois parésie des cordes.

L'auteur est arrivé à la conviction que les paresthésies et les hypéresthésies purement nerveuses sont extrêmement rares; qu'elles sont le plus souvent dues à un point malade.

Si le patient ne peut donner d'indications précises, l'auteur traite successivement les lacunes amygdaliennes, puis la tonsille linguale, puis la voûte pharyngée, puis le sillon amygdalo-lingual, etc. R. C.

Les épilepsies et les épileptiques, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. — F. Alcan, 1890.

C'est la première fois que l'on voit dans un ouvrage didactique la notion de l'épilepsie considérée comme symptôme remplacer celle de l'épilepsie entité morbide, et même si nous avions un reproche à faire à l'auteur, c'est de s'être arrêté trop tôt dans la voie qu'il suivait et de ne pas avoir donné dans son livre tout ce que promettait son titre. C'est surtout au point de vue clinique que M. Féré crée des divisions dans l'épilepsie; l'épilepsie, dit-il, ne reconnaît pas pour cause une lésion spécifique précise, elle ne doit donc plus être considérée comme une maladie, mais comme un groupe de syndromes, les épilepsies, dans lequel il faut faire rentrer les éclampsies, qui sont en réalité des épilepsies aiguës. Il considère quatre groupes de syndromes épileptiques, syndrômes moteurs, syndromes sensoriels, syndrômes viscéraux, syndrômes psychiques, souvent, du reste, mélangés les uns aux autres. Prenant comme point de départ l'épilepsie partielle il passe successivement en revue les diverses formes d'épilepsie et tous les phénomènes qui les accompagnent. La physiologie pathologique est bien étudiée, mais cependant il serait intéressant de voir comment les causes les plus différentes aboutissent au même résultat, la crise épileptique, par des mécanismes divers. Il y a autant d'épilepsies que de causes d'épilepsie, la classification de ces causes reste à faire et pourrait servir de base à l'étude comparative des diverses épilepsies.

Cet ouvrage est certainement le plus complet et le meilleur que nous possédions sur l'épilepsie, la partie clinique est admirablement taite, le traitement est longuement étudié; et l'on doit savoir gré à M. Féré d'avoir le premier tiré parti d'une idée souvent émise, mais sur laquelle il a été peu écrit, pour substituer la notion de l'épilepsie toujours symptomatique à celle de l'épilepsie idiopathique. Avec lui l'étude de cette maladie fait un grand pas et sera mieux comprise à l'avenir.

Georges Lemoine.

## BULLETIN

Les Congrès. — Les infections. — Essai d'une théorie de l'infection. — Maladie, guérison, immunité, vaccin.

A une époque de l'année où l'activité scientifique est en général très ralentie, nous avons en presque en même temps une série de congrès médicaux, dont on a pu lire les comptes rendus dans les différents journaux scientifiques ou autres : Congrès international de médecine de Berlin; Association médicale britannique à Birmingham; Association pour l'avancement des sciences, à Limoges; enfin, Congrès de médecine mentale tenu à Rouen.

A propos du Congrès de l'hypnotisme, la *Gazette* a déjà dit un mot touchant la tendance de certaines branches médicales, à s'isoler dans leurs assises, et à se séparer pour ainsi dire de la médecine générale.

Cet état de chose est à regretter, et on ne saurait à aucun point de vue pousser à cette systématisation à outrance. Les communications que peuvent faire d'éminents spécialistes, les discussions auxquelles elles peuvent donner naissance, ne doivent avoir que plus de retentissement et de portée, si elles ont lieu devant des confrères, qui, tout en ne s'adonnant pas spécialement à telle ou telle branche de la médecine, s'y intéressent néanmoins.

A ce compte, nous arrivons bientôt un véritable émiettement de la science médicale, ce qui ne serait profitable ni à celle-ci en général, ni à ses branches prises en particulier.

— Le Congrès de Berlin, par le nombre de ses adhérents et par la haute situation scientifique de ses membres, délégués étrangers ou nationaux, a tout spécialement, cette année, attiré l'attention du monde scientifique, sans nuire d'ailleurs, en aucune façon aux Congrès, plus restreints en nombre, qui se sont tenus ailleurs, à Limoges en particulier.

La séance générale d'ouverture, qui a eu lieu le 6 août sous la présidence de M. Virchow, a été marquée par des communications du plus haut intérêt. La bactériologie, ou mieux les nouvelles connaissances que nous avons aujourd'hui au sujet des maladies infectieuses, en ont à elles seules fait presque tous les frais. A tout seigneur tout honneur. Aussi bien était-ce encore le meilleur moyen d'honorer la science française; et sans que le nom de Pasteur ait été prononcé, plus d'un, en écoutant les communications de Koch ou de Ch. Bouchard, a dû songer à l'illustre savant dont les travaux ont été le point de départ des idées nouvelles et des connaissances acquises depuis quelques années sur la nature et sur le mécanisme des infections, des immunités et des vaccinations.

Ce sujet a été traité d'une façon magistrale par M. Bouchard dans cette séance générale du 6 août. Or, qui dit infection, dit aussi résistance à l'infection. Certaines espèces animales sont en effet réfractaires à telle ou telle infection et dans une même espèce non réfractaire, des propriétés particulières tenant soit au sujet, soit à certaines conditions au moment de l'inoculation, permettent d'observer une immunité absolue ou relative.

Les procédés qui permettent à l'organisme d'un animal d'influencer les microbes sont d'abord, l'*état bactéricide du sang* et le *phagocytisme*. Aucun des deux, isolé, n'est capable de garantir l'intégrité de l'économie; mais c'est par l'action de l'un et de l'autre que l'*immunité* s'acquiert, que la *guérison* s'effectue.

Le phagocytisme est l'acte en vertu duquel les globules blancs, sortant des vaisseaux sous l'influence d'une irritation locale, envahissent les espaces intercellulaires, et englobent,

dissolvent parfois les particules nuisibles. Ce procédé de défense de l'organisme est général; c'est lui qui empêche le passage dans le sang des organismes pathogènes qui vivent à la surface du tégument interne en particulier. Le froid, les influences nerveuses inhibitoires entravent le phagocytisme normal, et par conséquent, favorisent l'infection générale.

L'état bactéricide du sang est le second moyen de résistance de l'organisme : il agit non seulement en empêchant l'invasion des bactéries ou en détruisant celles qui ont déjà pu pénétrer, mais aussi en amoindrissant les fonctions des microorganismes, et partant, en diminuant leur virulence. *L'état bactéricide est une conséquence de la vaccination* : de plus, la maladie infectieuse, quand elle n'est pas mortelle, produit, avec l'immunité pour le sujet atteint, l'état bactéricide de ses humeurs de telle façon, que si on y sème le microbe pathogène de la maladie de même espèce, celles-ci déterminent l'atténuation de ce microbe.

De ces deux moyens de défense de l'organisme, l'un, l'état bactéricide, n'est qu'une arme d'emprunt; l'autre, le phagocytisme, lui appartient en propre. Mais sa condition fondamentale est la diapédèse des globules blancs. Si donc une action quelconque empêche cette diapédèse de se produire, la lésion locale est nulle, l'infection est générale d'emblée. Or, certains microbes, *dont les sécrétions paralysent le centre vaso-dilatateur ou les leucocytes*, empêchent par cela même l'effort phagocytaire de se produire; c'est par cela qu'ils sont dangereux, plus peut-être que par leurs propriétés pyrétogènes ou vénéneuses.

Mais à mesure que la maladie s'avance le microbe sécrète cette substance particulière qui agit sur les tissus et sur les humeurs, créant cet état spécial d'état bactéricide qui aboutit à *l'immunité*, en passant par *la guérison* qui en est le premier terme.

En somme, dans la maladie infectieuse, les matières bactériennes nuisibles agissent d'abord, et les effets en durent peu : les matières utiles sont plus lentes à produire leurs effets, mais ceux-ci sont durables, et déterminent l'état bactéricide du sang.

C'est cet état, en effet qui constitue ce qu'on connait depuis longtemps sous le nom de *vaccination*, c'est lui qui confère l'*immunité*. Les matières vaccinantes, produits du microbe pathogène, ont amené la guérison d'abord, ont empêché le retour de la maladie ou en ont atténué les manifestations ensuite. Que si une nouvelle inoculation virulente se produit le microbe pathogène se développe mal; il ne sécrète plus la matière qui s'oppose à la diapédèse, le phagocytisme s'effectue en toute liberté; et tout revient à l'inoculation d'un virus atténué. Seulement, l'atténuation se fait dans les tissus mêmes du vacciné.

Comme on le voit, la conception qu'on doit se former des vaccins et de l'immunité est loin des idées qui avaient cours il n'y a pas longtemps. *L'énergie acquise par les leucocytes* lors de la première infection, l'*accoutumance de l'organisme* aux poisons bactériens, ne sont plus, comme le dit M. Bouchard, que pure rhétorique. L'animal n'est vacciné que parce qu'il empêche le développement normal de la bactérie pathogène avec toutes ses propriétés, parce qu'il l'atténue lui-même en d'autres termes, et que pendant ce temps également le phagocytisme fonctionne activement. Mais qu'on inocule à ce vacciné les produits solubles du même microbe, il s'y montrera aussi sensible que l'animal non vacciné.

Terminons par la définition qu'a donnée M. Bouchard des virus, du vaccin, et de l'immunité naturelle.

Le *virus* est un microbe pour qui les humeurs d'un animal sont habitables et qui jouit des moyens de lutter contre les procédés de destruction que possède l'organisme de cet animal. Parmi ces moyens, le plus important est la sécrétion de la matière qui s'oppose au phagocytisme.

Le *vaccin* est un virus qui secrète des matières agissant lentement sur l'organisme de façon à modifier la nutrition et à produire l'état bactéricide du sang. Par des artifices d'éducation on peut l'amener à perdre ses sécrétions nuisibles, et en particulier celles qui empêchent la diapédèse de se produire.

Ce que nous venons de voir ne s'applique qu'à l'*immunité acquise*. Pour ce qui est de l'*immunité naturelle*, les faits observés démontrent qu'on ne peut se baser pour l'expliquer sur l'état bactéricide du sang. M. Bouchard pense que chez ces animaux le système nerveux est moins sensible au poison qui empêche la diapédèse; car il suffit de forcer la dose des produits bactériens pour amener l'infection générale. Cette immunité naturelle n'est donc que relative.

H. B.

## NOTES ET INFORMATIONS

### CHOLÉRA.

Mêmes nouvelles au sujet du choléra en Espagne, où il gagne en surface et peut-être en gravité.

— Une dépêche de *Spandau* annonce qu'un certain nombre d'accidents cholériformes ont éclaté dans la garnison de cette ville.

— Le comité consultatif d'hygiène publique de France, s'est réuni mardi, en séance ordinaire, au ministère de l'intérieur.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a tout d'abord donné lecture du relevé des rapports hebdomadaires émanant des directeurs des postes de surveillance sanitaire établis à la frontière franco-espagnole. Il en résulte que le mouvement des voyageurs arrivant en France s'est encore accentué pendant la semaine qui vient de s'écouler, notamment à Hendaye où 3, 399 personnes ont été soumises à la visite médicale. A Cerbère, il a passé environ 900 voyageurs.

Dans les postes secondaires, l'affluence a été moins considérable le relevé général donne un chiffre de 7,643 voyageurs. Sur ce nombre, trois personnes seulement ont été retenues en observation au poste du Pont-du-Roy, où elles ont séjourné pendant trente-six heures.

La situation restant très satisfaisante en France, le Comité a décidé de ne plus se réunir que tous les quinze jours.

— Une dépêche du Caire, en date du 11 août, annonce que 126 décès causés par le choléra ont été constatés samedi à Djeddah et 108 à la Mecque.

Dans la journée du 12 août il s'en est produit 76.

Le conseil sanitaire d'Alexandrie a décidé qu'une quarantaine de quinze jours serait infligée aux pèlerins, d'abord à Djebel-Tor, et de cinq jours aux sources de Moïse (Aïn-Moussa).

## NOUVELLES

— Le *Journal officiel* a publié mercredi dernier : un décret nommant M. Tillaux, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1890: un décret nommant M. Le Dentu, professeur de clinique chirur-

ciale à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er octobre 1890.

— M. le Dr Gonguenheim (de Paris) est chargé d'une mission en vue d'étudier, à l'Université de Berlin, l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie.

*
* *

*Faculté de médecine de Lille.* — M. de Lapersonne, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1890, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille.

*
* *

*Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vallois, est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale.

*
* *

*Ecole de médecine de Nantes.* — M. Bertin, ancien suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole.

— M. Hervouet, suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, du cours de clinique médicale à ladite école.

*
* *

— Par décret en date du 8 août, il est substitué au baccalauréat ès lettres, ès sciences, ès sciences restreint, un baccalauréat unique de l'enseignement secondaire classique.

Les épreuves sont les unes écrites, les autres orales.

Elles sont divisées en deux parties. Les candidats à la deuxième partie peuvent choisir, au moment de leur inscription, entre trois séries (lettres, mathématiques, sciences physiques et naturelles).

Un règlement ultérieur déterminera les programmes et les conditions spéciales de la troisième série de la deuxième partie (sciences physiques et naturelles), particulièrement destinée aux candidats au doctorat en médecine. Jusqu'à la mise en vigueur des dispositions relatives à ladite série, il pourra être délivré des diplômes de bachelier ès sciences restreint.

Les dispositions de ce décret seront applicables à dater de la session de juillet-août 1891, sauf en ce qui concerne la troisième série de la seconde partie.

## OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

*De l'eczéma*, son traitement par les eaux minérales et des moyens thérapeutiques ordinaires, par le docteur Puy-le-Blanc médecin consultant aux eaux de Royat, 2e édition. — Paris, librairie Coccoz, 1890.

*Gall et sa doctrine.* Justification des principes fondamentaux de l'organologie cérébrale, suivie d'une étude sur l'amnésie et l'afasie, et d'autres propositions relatives au dédoublement fonctionnel du cerveau et à l'autophysiologie, par le docteur F. Niveiet, vice-président du conseil d'hygiène de Commeacy. — Paris, Félix Alcan. 1890.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE

*Membres* : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## MEDECINE MILITAIRE

### Des conditions d'aptitude physique au service militaire.

*Etude critique de l'Instruction du 17 mars 1890.*

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

Le métier des armes étant des plus durs, exposant à des chances de mort en temps de guerre et plaçant en temps de paix sous l'imminence de véritables dangers, il est absolument nécessaire d'exiger de ceux qui doivent l'exercer des conditions de santé et de réelle vigueur. Capables d'exécuter les pénibles travaux qui seront imposés, il faut qu'ils aient, de plus, parfaite conscience de leur valeur, afin de puiser dans ce sentiment l'énergie nécessaire pour lutter contre les intempéries, supporter les privations, braver les obstacles et les périls. Si le dévouement et le courage ne se mesurent pas au développement matériel, si ces vertus ne sont pas le privilège exclusif des constitutions robustes, il n'en est pas moins vrai que celui dont les forces s'épuisent rapidement, ou qui lutte sans cesse contre une organisation trop débile, voit bientôt son moral faiblir ; exposé à des fatigues supérieures à sa propre résistance, il devient inutile à l'armée et nuisible à lui-même.

Le médecin appelé devant un conseil de revision ou une commission de réforme ne saurait trop se convaincre de l'importance et des difficultés de la mission qui lui incombe. Un savoir solide pourra sans doute lui permettre de se prononcer sur la nature d'infirmités apparentes ou cachées, mais seule, une expérience spéciale sera capable de lui fournir les moyens de déterminer jusqu'à quel point telle maladie ou tel vice de conformation est compatible avec les exigences du service. Comme il ne saurait se flatter, peut-être sans témérité, d'être également compétent pour tous les cas qui peuvent se présenter ; et que du reste il est nécessaire, en l'espèce, de porter des jugements toujours comparables, l'expert devra se pénétrer de l'Instruction du 17 mars dernier (*in Bull. officiel* du ministre de la guerre, partie réglementaire n° 18) que nous allons passer rapidement en revue, en la prenant pour guide dans ses décisions.

Semblable étude nous paraît devoir être favorablement accueillie par les médecins de réserve et territoriaux, lecteurs de la « *Gazette médicale* », non seulement à cause des conseils qu'ils peuvent être journellement appelés à donner, mais en raison surtout des obligations militaires, que d'un instant à l'autre, ils sont dans le cas d'avoir à remplir.

I

L'Instruction du 17 mars 1890 a une histoire. Comme nous disons en clinique, elle possède des commémoratifs. Au point de vue héréditaire elle succède aux tableaux réglementaires des maladies susceptibles de motiver l'exemption ou la réforme dressés par les inspecteurs généraux du service de santé des armées du commencement de ce siècle : à l'Instruction du 14 novembre 1845 et du 2 avril 1862, à celle du 3 avril 1873 et du 27 février 1877 ; elle procède comme ces deux dernières de la loi du 27 juillet 1872 consacrant le principe du service personnel obligatoire, mais surtout elle est fille directe et légi-

## FEUILLETON

### CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE.

*(Etudes trimestrielles).*

Les inspections générales médicales complètes. — Le grand A de l'Avancement. — Des anciennetés trop anciennes. — 300 fr. par mois et 3 galons. — L'Avancement des 6000 docteurs territoriaux. — Parallèle d'un professeur de Faculté de 45 ans et d'un Principal de 1re classe en retraite de 61. — La littérature médicale militaire de M. Rozier. — L'Annuairiculture. — Décorations et propositions. — Comptables décorés. — L'ouverture de la chasse des propositions. — Tableau de service journalier des médecins de l'armée territoriale. — Les médecins d'infanterie de marine à Paris. Insuffisance des cadres des médecins de marine. — Le *Borda* médical à Bordeaux. — Marseille et sa revanche. — Les chaires de gynécologie navale. — Le Français à l'Ecole de Vincennes. — Vétérinaires contre pharmaciens militaires. — La clinique équestre. — Parisienneté, égalité et fraternité.

I

L'autonomie bat aujourd'hui son plein, le médecin inspecteur général dans son arrondissement (qui comprend plusieurs préfectures) inspecte généralement les sections d'infirmiers, les sous-officiers qu'il propose pour l'Ecole militaire d'infanterie, l'Ecole de Vincennes, pour le grade d'adjudant ou celui d'officier d'administration adjoint du cadre auxiliaire. Il a des troupes. Un peu plus, il dégainerait et passerait une revue d'honneur.

Je n'y vois aucun mal, mais dans l'instruction sur l'inspection du corps de santé en 34 pages et 82 articles, je trouve un de ces petits articles, le 74e qui dit : « Les propositions pour le grade de principal de 2e classe ou de major de 1re établis en faveur des médecins qui n'ont pas satisfait aux épreuves du concours hospitalier ne seront valables qu'autant que ces médecins auront subi avec succès l'examen d'Aptitude »

Or, chacun sait que le grand A (comme on dit le grand U ou le grand 16) est une épreuve qui recevait tout le monde comme certains cercles. Sur deux cent nonante-huit médecins qui essayaient leurs aptitudes à l'Aptitude, deux cent nonante-trois au moins étaient vaccinés avec succès par cet examen pas méchant. La *Gazette médicale* qui a été pour un tap 'ème dans sa démolition disait il y a 3 ans : c'est un omnibus.

time des modifications apportées dans la façon de combattre et de la loi du 15 juillet 1889.

Nomenclature aride, réellement sobre de déductions cliniques qu'elle suppose le médecin en état de tirer, elle s'attache mieux que ses devancières à préciser les cas susceptibles d'entraîner soit l'exemption, soit l'ajournement, soit l'affectation aux services auxiliaires. Elle vise aussi d'une façon plus nette les cas justifiant la sortie définitive de l'armée par réformes ou pensions de retraite. Enfin elle prend soin, — et ceci constitue une véritable innovation, — en tenant compte de l'aptitude individuelle à la marche, à l'équitation, au tir, au service d'exploration, au port de la charge, aux manœuvres de force, de déterminer les conditions particulières d'acceptation pour les différentes armes.

Les maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire, ne sont plus divisées comme par le passé en maladies générales, en maladies des tissus, en maladies des régions ; elles se trouvent très simplement réparties en deux grandes classes : affections en général et affections localisées.

Les affections en général qui entraînent l'*ajournement* sont la *faiblesse de constitution*, et, prenant dans le sens le plus large l'article 28 de la loi du 15 juillet 1889, toute affection qui peut se rattacher à une croissance trop rapide ou à une évolution tardive de l'organisme. Ce qui n'empêche pas encore de demander l'ajournement pour le *sycosis tuberculeux*, pour des *accidents syphilitiques* et autres *maladies susceptibles de guérir* au bout de quelques mois.

L'exemption doit résulter de la constatation d'une *faiblesse extrême*, sans chance d'amélioration; d'une *maigreur* exagérée; d'une *obésité* apportant un obstacle sérieux à la marche; d'une *anémie* rebelle; d'une *cachexie* paludéenne, scorbutique, saturnine, mercurielle ou pellagreuse; d'une *dyscrasie* rhumatismale, goutteuse et graveleuse; du *diabète* et de l'*albuminurie*; de la *tuberculose* à ses premiers indices; de la *scrofulose*; de *syphilides* ulcéreuses et nécrosiques; de la *morve* et du *farcin* chronique; de l'*eczéma* et de l'*impétigo* tenaces et récidivants; du *lichen*, du *psoriasis*, du *pityriasis* et de l'*icthyose* occupant de grandes surfaces; de l'*ecthyma*, du *rupia* et du *pemphigus* rebelles et sous la dépendance d'une mauvaise constitution ou d'une altération profonde; de l'*acné*, du *lupus*, du *sycosis tuberculeux*, de l'*éléphantiasis*, d'*ulcères* dus à un état diathésique; de *cicatrices* sujettes à s'ulcérer et gênant le fonctionnement du membre ou l'exercice des mouvements; de *tumeurs* bénignes et malignes; de *productions cornées*; de *varices* et *fistules lymphatiques*; d'*adénite* aiguë avec décollements et trajets fistuleux; de *nœvi materni* et de *tumeurs érectiles* étendues ou exposées à des pressions; d'*anévrysmes*, de *névromes*, de *paralysies* provenant d'une affection des centres nerveux et de *contractures musculaires* tenues sous la même dépendance; de *spasmes fonctionnels*; de *tremblements*, alcoolique, plombique, mercurique ou symptomatique, soit de paralysie agitante, soit de sclérose en plaques; de *rupture musculaire* étendue; d'*adhérences* et de *rétractions tendineuses* apportant un obstacle à l'exécution de mouvements importants; d'*atrophie musculaire*; de *synovite tendineuse*; d'*arthrite* chronique et d'*hydarthrose* ancienne; de *tumeurs blanches*; de *corps mobiles* articulaires; d'*ankyloses* vraies suivant l'importance de l'article qui en est le siège; de *déformations*, *distensions* et *relâchements articulaires*; d'*abcès froids*; de *périostite* chronique suppurée; d'*ostéite* chronique occasionnant une gêne fonctionnelle notable ou s'accompagnant d'un état débile de la constitution; de *périostoses* et d'*exostoses* gênant les parties où elles siègent; de *tumeurs* et de *déformations osseuses*.

Quant à la mise en réforme, elle est justifiée par la *tuberculose*; la *morve* et le *farcin* chronique; l'*éléphantiasis*; les *tumeurs malignes*; les *anévrysmes*; les *tumeurs blanches* et par la plupart des autres affections ci-dessus énumérées qui restent *réfractaires* à tout traitement.

L'affectation aux services auxiliaires est provoquée par la *faiblesse de constitution* peu accusée; par l'*obésité* légère; par une *syphilis* relativement bénigne.

Les affections localisées qui nécessitent l'exemption sont: Les *teignes*; l'*alopécie* étendue et incurable; les *tumeurs* volumineuses de la tête; l'*ossification imparfaite* des os du crâne; des *cicatrices* étendues, inégales et fragiles de la région; *L'idiotie*; le *crétinisme*; l'*aliénation mentale*; la *paralysie générale*; l'*alcoolisme* chronique; l'*épilepsie*; la *catalepsie*; le *somnambulisme*; la *chorée*; la *tétanie*; la *nostalgie* amenant une altération profonde de l'organisme et menaçant la vie; l'*aphasie*; l'*ataxie locomotrice*; l'*atrophie musculaire* progressive; la *sclérose musculaire*;

La *perte du pavillon* de l'oreille; son *atrophie*; son *hypertrophie*; ses *tumeurs*; l'*atrésie* du conduit auditif avec gêne notable de l'audition; les *polypes* et *corps étrangers* du même canal; l'*otite externe* suivie de l'inflammation de la membrane

---

* *
*

Nous avions demandé que tous ces aptes en quantité soient sélectés en qualité par le concours hospitalier qui pour avoir moins le mot « Aptitude » sur l'enseigne, a davantage la chose. On ne l'a pas fait et voici que pendant 15 ans encore dans cette culture mêlée l'Inspecteur A, que nous connaissons, choisira les plus savants, mais l'inspecteur B, que nous ne connaissons pas moins, n'hésitera pas à trouver dans une année passée à Whister en Algérie l'équivalent de la découverte du bacille de la fièvre intermittente. On a ses affinités.

Et l'article 74, permet de ces adultérations (comme on dit dans les pharmacies) de l'Avancement au principalat, les grades de tête qui devraient être réservés aux mérites de tête.

Cela d'autant plus que le dit Avancement ne va pas, et quand il ne va pas, c'est comme le Bâtiment, par ailleurs, rien ne va plus.

* *
*

Le dernier major de 1re classe passé tout récemment à l'ancienneté à 42 ans et 9 ans de grade, promotion de 1881. Mais ce n'est pas le plus grave; la promotion de 82 va jusqu'au n° 90, c'est-à-dire n'écoulera son dernier né, déjà gravide de 8 ans d'ancienneté que vers 1895. On est menacé de revenir à ces majors de 1re classe d'autrefois de 48 années qui étaient généralement de gros majors un peu raréfiés de cheveux bien que se teignant ce qui reste. Ils étaient parfois durs pour notre jeunesse ces vieux qu'on appelait « jeunes » majors de 1re classe et qui arrivaient toujours trop tard.

Mais comme on le leur pardonne !

* *
*

L'abaissement de la mesure d'âge, excellente mesure, n'a pas suffi; il n'y a eu en 1889 que 33 radiations pour toute espèce de causes, dont 5 démissions et 8 retraites anticipées, quelques-unes assez peu anticipées. Ce sont « des places » que les pointeurs d'annuaire ne devront pas trop escompter dans l'avenir, à peu près tout ce qui peut soulever cette soupape de sûreté d'avancement a disparu, le reste restera. Une retraite proportionnelle à 20 ans de service s'impose car il est inadmissible que des hommes de science et de valeur comme il y en a un grand nombre (et qui passent quelquefois à l'ancienneté), jouissent, puisque c'est le

du tympan; l'*otite moyenne*, qu'elle soit catarrhale, sèche ou purulente, avec on sans perforation tympanique; l'*inflammation des cellules mastoïdiennes*; le bourdonnement, les étourdissements, les vertiges, la somnolence, la titubation, l'impulsion au mouvement de rotation latérale, symptomatiques d'*affections de l'oreille interne*; la *surdité*, si la parole d'un interlocuteur placé en arrière n'est pas entendue au moins jusqu'à 4 mètres pour le ton ordinaire, et jusqu'à 12 mètres pour la voix haute; la *surdimutité*.

La *laideur* extrême; les *difformités du front* ne permettant pas l'usage de coiffures militaires; les *mutilations de la face*; les *tumeurs* diverses; les *ulcères* graves; les *fistules*, autres que les fistules dentaires; le *tic douloureux*; les *paralysies* partielles et récentes; les *affections des sinus*; les *déformations des os maxillaires*; les *mutilations* et leurs *productions pathologiques*; les *lésions graves* de l'articulation *temporo-maxillaire*;

Une *acuité visuelle* à distance inférieure à 1/2 pour l'un des deux yeux, et à 1/10e pour l'autre œil ou qui rétrécit le champ visuel binoculaire du côté des tempes de plus de moitié; la *myopie* 1° quand elle est supérieure à 4 dioptries; 2° quand l'acuité visnelle n'est pas ramenée par des verres correcteurs au moins à 1/2 pour un œil et à 1/10e pour l'antre; 3° quand les altérations de la choroïde sont assez étendues et assez profondes pour indiquer une myopie progressive; 4° enfin quand il existe une asthénopie musculaire prononcée ou un strabisme divergent accompagné d'une diminution de l'acuité visnelle dans les limites précitées; l'*hypermétropie*, l'*astigmatisme*, l'*anisométropie*, lorsqu'elles déterminent un abaissement de l'acuité visuelle à distance au-dessous des limites fixées pour chacun des deux yeux; la *destruction des paupières*; leurs *divisions* étendues; leurs *cicatrices* vicieuses, l'*ankyloblépharon* et le *symblépharon*; l'*entropion* et l'*ectropion* prononcés; les *tumeurs* volumineuses ou de mauvaise nature; la *blépharite* ciliaire; le *trichiasis*; le *ptosis*; le *blépharospasme*; les *tumeurs de la glande lacrymale*; l'*épiphora*; la *dacryocystite*; la *fistule lacrymale*; les *conjonctivites* chroniques; le *ptérygion*; les *tumeurs* volumineuses de la muqueuse et de la caroncule; les *kératites* anciennes; les *abcès* et *perforations des cornées*; les *staphylomes*; les *taies* ou *opacités* déterminant une diminution de l'acuité visuelle à distance ou du champ visuel binoculaire dépassant les limites ci-dessus indiquées; le *staphylome antérieur* de la sclérotique; la *sclérite* et l'*épisclérite*; les *vices de conformation de l'iris*; les *synéchies*; la *mydriase* paralytique; l'*iritis* chronique; les *tumeurs de l'iris*; les *déplacements*, l'*opacité du cristallin* et de sa capsule; l'*absence de la lentille*; les *opacités du corps vitré*; le *coloboma*; l'*absence de pigment choroïdien*; les *tumeurs de la choroïde*; les *choroïdites*; le *glaucome*; les diverses variétés de la *rétinite*; le *décollement de la rétine*; la *neurorétinite* et la *névrite optique*; l'*atrophie des nerfs optiques*; la *perte ou la désorganisation de l'œil*; les *tumeurs intra-oculaires*; l'*exophtalmie*; le *strabisme* fonctionnel, lorsqu'il détermine un abaissement de l'acuité visuelle on du champ visuel binoculaire du côté des tempes au-dessous des limites admises et la paralysie de l'un ou de plusieurs muscles de l'œil; le *nystagmus*; les *tumeurs progressives* ou *malignes* de la cavité orbitaire;

La *difformité du nez* au point de gêner manifestement la respiration et la parole on seulement l'une de ces fonctions; les *polypes* des cavités nasales; l'*ozène*;

Le *bec de lièvre* congénital ou accidentel étendu; les *difformités* résultant de cicatrices vicieuses ou d'adhérences qui rétrécissent d'une manière notable l'orifice buccal ou gênent les mouvements des lèvres; l'*hypertrophie* de la lèvre supérieure; les *tumeurs érectiles* et *épithéliales* de la région; la *paralysie de l'orbiculaire*; la *stomatite* ulcéreuse, la stomatite gangréneuse et la stomatite chronique avec décollement, gonflement et état fongueux des gencives; l'*épulis*; un mauvais état des *dents* rendant la mastication difficile; la *fétidité de l'haleine*;

Les *difformités de la langue*; sa *perte* partielle; son *atrophie*; sa *division congénitale* ou accidentelle; ses *adhérences* anormales; sa *paralysie*; ses *tumeurs* cancéreuses et ses ulcères de mauvaise nature; le *bégaiement* quand il est assez prononcé pour empêcher de crier « qui vive » ou de transmettre intelligiblement une consigne; *le mutisme* congénital ou acquis;

La *grenouillette*; les *engorgements* chroniques des glandes salivaires; les *fistules* de ces organes s'ouvrant à la face; l'*hypertrophie des amygdales* gênant la respiration; les *divisions* et *pertes* de substance de la *voûte palatine*; les *adhérences* pharyngiennes du voile du palais; sa *paralysie*; ses *tumeurs*; son *hypertrophie*.

Les *vices de conformation du cou* de nature à gêner notament ces fonctions et les organes importants qu'il renferme; les *traumatismes* de la région suivant leur gravité et les infirmités qui peuvent en être la conséquence; les *engorgements*; les *abcès ganglionnaires*; les *ulcérations* et les *cicatrices* dif-

---

mot, jusqu'à 47 ans, de 300 francs par mois, avec 3 galons de grade. Une règle de trois trop continue.

Il va falloir faire de l'avancement. Et aussi pour nos distingués confrères de l'armée territoriale constituant avec le service jusqu'à 45 ans, un formidable arrière-banc de 6 à 7,000 docteurs. Je sais bien qu'on leur donne du grade à dose moins fractionnée depuis qu'un ex-directeur bien connu et bien inconnu, n'a plus charge d'en faire les petits paquets, mais enfin un professeur de la Faculté de Paris ne peut devenir principal de 1re classe et cotoyer même avec infiniment de respect, un principal retraité de 61 ans d'âge au bas mot et d'une valeur physique intellectuelle et sciatique supérieure au moins à vue de marche et de lettre de service. Je n'imagine pas que ce soit l'essentiel.

* * *

Certes comme on a fait des régiments mixtes on se réserve de faire des ambulances mixtes, des hôpitaux de campagnes mixtes, des hôpitaux d'évacuation mixtes, mais dans cette mixture je ne vois pas trop en leur lieu les professeurs de Faculté subordonnés à un médecin-major, dit actif, fût-il revêtu de cette Aptitude même à diriger nos maîtres et les siens Puis, resterait-il tant de médecins dits actifs pour les innombrables directions des formations de 1, 2, et 3e ligne.

Ah! si la guerre que je ne crois pas « nécessaire » est courte, alors tout à la joie et à l'enthousiasme; mais si elle est longue et hivernale, je crains qu'en dehors des sièges où l'on a son siège fait et même son lit, il n'y ait des retraités de 61 à 65 ans, c'est-à-dire de ces principaux, dont les professeurs de Faculté ne peuvent posséder l'équivalence, qui de la direction ne passent partie prenante à l'ambulance.

Et que malgré de formidables affirmations du contraire, à leur supériorité de direction de science, d'Aptitude en un mot, sur des maitres de 45 ans; ils ne joignent celle moins contestable, des rhumatismes.

* * *

Peut être il y a-t-il quelque chose à faire dans ce sens d'une mobilisation plus réelle sinon sur le papier et les annuaires du moins en fait.

Les annuaires! le père des Annuaires, l'auteur d'une foule de ces

formes qui sont des manifestations de la scrofule et de la tuberculose; les *adénites cervicales* chroniques; les *tumeurs de la parotide*; l'*hypertrophie* et les *kystes de la glande thyroïde*; le *développement* même peu considérable du *lobe médian* quand il atteint la fourchette sternale et se prolonge au-dessous d'elle; le *goitre exophtalmique*; les *tumeurs* diverses thyroïdiennes; le *torticolis* provenant de contractions permanentes, de rétractions des muscles du cou, de paralysies musculaires, de cicatrices, d'engorgements ganglionnaires ou de lésions de la colonne vertébrale.

L'*aphonie*; les *plaies* ou *fractures du larynx*; la *laryngite* chronique tuberculeuse et syphilitique; la *déformation* ou la *destruction de l'épiglotte*, le *rétrécissement et toute déformation du larynx* entravant les fonctions de l'organe; les *polypes*; la *nécrose*;

Les *anomalies du pharynx*; les *rétrécissements*; les *lésions traumatiques*; les *corps étrangers*; les *pharyngites* chroniques et granuleuses rebelles; les *ulcères* de mauvaise nature et parfois les ulcères syphilitiques;

Les *rétrécissements* et la *dilatation de l'œsophage*; les *corps étrangers*; les *ulcérations* de toute nature; l'*œsophagisme*; la *paralysie* de l'organe;

Les *difformités congénitales ou acquises de la poitrine*; la *proéminence* du thorax; ses *enfoncements*; les *déviations* partielles du sternum ou des côtes; le *rétrécissement d'un côté de la poitrine*; les *arrêts de développement*; les *courbures* difformes ou irrégulières de la clavicule; les *contusions* graves; les *compressions* brusques et les *plaies pénétrantes* de la poitrine; l'*ostéo-périostite* suppurée; la *carie*; la *nécrose*; l'*ostéo-sarcome* des côtes, du sternum, de la clavicule, de l'omoplate; les *hypertrophies* très développées de la glande mammaire;

Les *contusions du poumon*; ses *déchirures*; ses *plaies*; sa *hernie*; la *tuberculose pulmonaire* imminente; l'*hémoptysie*; la *bronchite* et *pneumonie* chroniques; l'*emphysème*; l'*asthme*; les *épanchements* pleurétiques;

La *cyanose*; la *péricardite* et l'*endocardite*; l'*hypertrophie* du cœur; sa *dilatation*; l'*insuffisance* et le *rétrécissement* des orifices cardiaques; l'*anévrisme* de l'aorte thoracique.

Les *contusions*, les *plaies*, les *ruptures* musculaires, les *inflammations* des parois abdominales; les *fistules*; la *hernie* inguinale, crurale, ombilicale, épigastrique simple ou compliquée, réductible ou non; la *péritonite* chronique; l'*ascite*; les *tumeurs* de l'abdomen; les *affections chroniques de l'estomac et des intestins*; leurs *lésions organiques*, ulcères, cancers, rétrécissements ou obstructions; l'*hématémèse*; les *affections du foie*; les *engorgements chroniques* volumineux de la rate; les *abcès* et *tumeurs* de l'organe.

Le *spina bifida*; les *déviations du rachis*; les *fractures*; la *luxation*; l'*ostéite tuberculeuse* des vertèbres; l'*arthrite* et l'*ankylose* de leurs articulations; les *hernies* lombaires.

Les *vices de conformation du bassin*; le *relâchement des symphyses*, l'*arthrite sacro-iliaque*; le *psoïtis* compliqué; les *phlegmons* et *abcès* de la fosse iliaque; les *plaies* et *contusions* du périnée intéressant l'urèthre; les *phlegmons* et *abcès* de la région symptomatique de lésions des voies urinaires ou de lésions osseuses; les *fistules urinaires et anales*; les *ulcérations* de mauvaise nature du rectum; le *carcinome*; le *rétrécissement*; les *hémorrhoïdes* volumineuses; la *chute du rectum*; l'*incontinence* des matières fécales.

Les *lésions traumatiques graves des reins*; les *néphrites*; les *calculs* rénaux; les *abcès*; les *kystes*.

L'*absence* complète, l'*atrophie*, l'*extrophie de la vessie*; les *fistules urinaires* ombilicales; les *plaies, contusions et ruptures vésicales*; les *cystites*; les *corps étrangers*, les *calculs* vésicaux, les *polypes*, les *fongus* .... de l'organe; l'*incontinence* et la *rétention d'urine*.

L'*épispadias* et l'*hypospadias*; les *fistules uréthrales*; les *corps étrangers* difficiles à extraire; les *rétrécissements*, les *abcès*, les *hypertrophies* et les *calculs* de la prostate.

L'*hermaphrodisme*; l'*absence*, la *perte* partielle ou totale du pénis; son *atrophie*.

Les *affections cutanées* prurigineuses et rebelles des *bourses*; les *plaies*, les *déchirures*, les *contusions*, les *infiltrations du scrotum* très étendues et très graves; l'*éléphantiasis*; le *varicocèle* douloureux ou déterminant par son volume considérable une gêne très prononcée dans la marche; l'*hydrocèle* volumineuse et l'*hématocèle* de la tunique vaginale; la *perte des deux testicules* par suite d'opération ou d'accident; l'*atrophie* de ces deux organes acquise ou congénitale, portée à un haut degré; la *rétention d'un testicule à l'anneau* ou dans le canal ou tout contre l'orifice inguinal; les *tumeurs* du testicule.

L'*anomalie* dans le nombre, la forme et les rapports des membres; leur *inégalité* portée au degré de compromettre l'harmonie des mouvements; leurs *déviations* marquées; l'*atrophie* congénitale; l'*amputation* et les *résections*; les *courbures* défectueuses et très prononcées des os longs; les *dépres-*

---

œuvres d'imagination, *Bou-Annuaire* comme diraient les Arabes vient de disparaître. Depuis en grand nombre de lustres, bien qu'il n'en ait pas rejailli un plus spécial sur son nom. M. Victor Rozier tenait les livres de nominations, mutations, décorations et mariages des médecins militaires. Il est vrai qu'avec une impartialité grande il tenait aussi exactement le folio des intendants, officiers d'administration et officiers du train.

Cette littérature qu'il savait mettre à l'abri d'une phraséologie oiseuse et de considérants inutiles eût pu paraître sèche et aride; elle seyait à cet esprit méthodique et additionnel.

C'est ainsi que cet auteur a enregistré des générations de médecins qu'il a conduit de poste en poste, du bureau du Val-de-Grâce à la retraite ou à la tombe, il eut bien à l'époque quelque tendresse pour l'intendant, alors maître des postes et qui lui fournissait avant la lettre les bonnes feuilles de nominations inédites une copie de primeur et de friandise mais cette partialité dont après notre victoire médicale il n'est resté aucune trace, venait d'une reconnaissance fort avouable pour la collaboration modeste des modestes bureaux à cette littérature teintée d'enregistrement et d'état civil.

C'est une physionomie qui restera dans les souvenirs de l'armée — avec Félix.

Sa veuve continue son journal que nous continuerons à appeler « le *Rozier* ».

(*A suivre.*) Dr CHASSAGNE.

---

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

*Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de juillet* 1890 (année scolaire 1889-1890).

M. Fourquet. — Contribution à l'étude de la sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme.

M. Chevalier-Lavaure. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Contribution à l'étude de la pathogénie de la folie.

M. Bordaries. — Contribution à l'étude de la neurasthénie.

M. Conil. — Contribution à l'étude du développement des ganglions lymphatiques.

*sions* profondes; les *inégalités*; les *déviations*, le *raccourcissement*, la *fausse articulation*, l'*entorse violente* et la *luxation ancienne* incomplètement réduite ou non réduite; le *relâchement* des capsules et des ligaments articulaires; l'*ankylose vraie et fausse*; les *déformations* rachitiques; les *engorgements* chroniques; l'*œdème* symptomatique; les *tumeurs blanches*; les *hydropisies* anciennes des articulations; les *fistules*; les *corps mobiles* articulaires; les *varices* avec des flexuosités et des nœuds très apparents ou lorsque le réseau superficiel et profond se trouve pris ou lorsqu'elles occupent les deux membres ou un seul avec un varicocèle prononcé, ou compliquées de troubles trophiques de la peau et d'ulcères; l'*hygroma* et les *altérations synoviales*; les *névralgies* rebelles; le *rhumatisme noueux*; la *goutte*; la *perte ou luxation du pouce* ou d'une de ses phalanges; la perte de l'*indicateur* droit ou de deux de ses phalanges avec ankylose ou extension permanente de la phalange conservée; la perte de *deux doigts* ou de deux phalanges de deux doigts; la perte simultanée de *trois phalanges* intéressant l'index et le médius; la perte simultanée d'une phalange de l'*index, du médius, et de l'annulaire*; la *raideur*, l'*incurvation*, la *flexion* ou l'*extension permanente* d'un ou de plusieurs doigts gênant les fonctions de la main; les *doigts surnuméraires*, *palmés*; les *pieds bots*; le *pied plat* avec saillie anormale de l'astragale et du scaphoïde au-dessous de la malléole interne et projection de l'axe de la jambe en dedans de l'axe du pied; le *pied creux* necessitant une chaussure spéciale; les *orteils surnuméraires* s'il en existe plus d'un à chaque pied et si leur disposition gêne le port de la chaussure; le *chevauchement* exagéré d'un ou de plusieurs orteils; l'*orteil en marteau* si la marche se fait sur l'ongle; les *orteils palmés* jusqu'à leur phalange unguéale inclusivement; la *perte totale* et la luxation non réduite du *gros orteil* ou d'une de ses phalanges; la perte simultanée de *deux orteils* voisins; la perte totale d'une phalange aux *quatre derniers orteils*; l'*exostose sous-unguéale* très développée; les cors volumineux gênant la marche; les *oignons* développés sur les orteils; le *mal perforant*; la *déviation et l'hypertrophie des ongles* gênant le port de la chaussure; l'*ongle incarné* avec désordres tels qu'une guérison complète paraît très difficile ou impossible; la *transpiration fétide* des pieds; la *claudication*.

Certaines des affections ci-dessus signalées déterminent d'emblée la réforme; les autres peuvent la justifier si malgré des soins suffisamment variés et prolongés elles mettent le malade dans l'*impossibilité absolue de servir*. Il est à remarquer que certaines affections entraînant l'exemption ne peuvent motiver la réforme, telles les hernies survenant sous les drapeaux et réductibles et facilement maintenues à l'aide de bandages ordinaires.

Sont compatibles avec le **service auxiliaire**, l'*alopécie*; les *tumeurs* bénignes du crâne; les *productions cornées*; les cicatrices, la perte, l'atrophie du *pavillon de l'oreille* ou son adhérence aux parois du crâne; le rétrécissement d'un des *conduits auditifs*; la perforation de la *membrane du tympan*; le rétrécissement ou l'oblitération de la *trompe d'Eustache*, l'affaiblissement de l'*ouïe*; le *symblépharon*; la *blépharite* ciliaire, les opacités de la cornée; les *exsudats de la pupille* et toute cause de la diminution de l'acuité visuelle entre 1/2 et 1/4 de l'un des deux yeux à la condition que l'acuité de l'autre œil ne soit pas inférieure à 1/10°, la *myopie* de 4 à 7 *dioptries*, à condition que l'acuité soit ramenée par les verres correcteurs au moins à 1/2 pour l'un des deux yeux, et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues; l'*hypermétropie*, l'*astigmatisme* et l'*anisométropie* jusqu'à 4 dioptries à condition que l'acuité soit ramenée au moins à 1/2 par les verres correcteurs pour l'un des deux yeux; le *strabisme*; les *difformités de la face*, du *nez*; le *bec de lièvre*; le *bégaiement*; les tumeurs du *cou*; les déformations de la *poitrine*; les *tumeurs* bénignes; l'*obésité*; la *cryptorchidie*; le *varicocèle*; les *difformités* congénitales ou acquises des *membres* qui n'entravent pas notablement leurs fonctions; les *varices*; l'*hygroma* chronique; les *kystes synoviaux*; la *faiblesse d'une articulation ou sa raideur*; l'*extension incomplète*, la *flexion incomplète*, la *flexion permanente* et complète de l'*auriculaire* de l'une ou l'autre main; la *flexion incomplète de plusieurs doigts*, l'*incurvation*, la *perte ou la mutilation des doigts ou des orteils* non compatibles avec le service armé; les *doigts et les orteils surnuméraires*; les *pieds plats*.

(*A suivre.*)

---

## ÉTUDE SUR LES CYSTICERQUES EN GRAPPE DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE CHEZ L'HOMME

Par Emile BITOT et Jean SABRAZÈS,
Internes des hôpitaux de Bordeaux.

(*Suite et fin*). (1).

### IV

#### CLINIQUE. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. PROPHYLAXIE.

Les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle, déterminent des symptômes qui varient avec le siège, le nombre et le volume des parasites, leur degré de vitalité, les lésions qu'ils ont produites, et avec la réaction nerveuse inhérente au sujet lui-même. On comprend dès lors combien changeant sera le tableau clinique, et dans les cas différents et même, au cours d'un cas isolé.

Rarement les troubles cérébraux manquent. Sept fois nous les voyons passés sous silence, mais cela tient à l'absence des anamnestiques. Dans les seules observations II et VI de Zenker et XVII de Louis, ils n'existaient réellement pas. Remarquons ici la relation incontestable entre la petitesse des vésicules, et la tolérance de l'appareil nerveux.

Sur 13 cas, quatre fois des phénomènes épileptiformes, et quatre fois encore une violente céphalalgie ont ouvert la scène morbide. Deux fois, le mal a débuté par des phénomènes de dépression intellectuelle; une fois, par une hémiplégie, une fois, par des hallucinations, une fois, par des douleurs rhumatoïdes transitoires.

Plus tard, la physionomie symptomatique ne cesse de se maintenir essentiellement mobile et variable, et il suffit, pour s'en convaincre, d'analyser en quelques mots nos treize faits cliniques positifs.

Obs. I (Zenker). — Ictus apoplectique. Altération du caractère.

Obs. III (idem). — Gâtisme.

Obs. V (idem). — Epilepsie allant en décroissant.

Obs. X (Merkel). — Céphalalgie.

Obs. XI (Marchand). — Hallucinations. Céphalalgie. Douleurs térébrantes. Diplopie. Ptosis. Vertiges. Cécité droite. Anosmie droite. Paralysies fugaces des muscles de l'œil.

Obs. XII (idem). — Céphalalgie persistante.

Obs. XIII (idem). — Troubles de la marche. Opisthotonos. Défaillance. Démence. Exophthalmie.

Obs. XIV (Klob). — Paraplégie. Insomnie. Contractures du bras droit.

(1) Voir les numéros 27, 28, 29, 30, 32 et 33.

Obs. XV (idem). — Epilepsie. Hémiplégie gauche. Excitation cérébrale. Furie.

Obs. XVI (Westphal). — Epilepsie. Vertiges. Douleurs fulgurantes aux mains et aux jambes. Troubles visuels. Atrophie de la papille. Sensation de tapis. Diplopie. Parésie totale. Troubles vésicaux. Tous ces symptômes ont en grande partie paru et disparu tour à tour.

Obs. XVIII (Aran). — Hémiplégie transitoire. Attaques épileptiformes. Délire. Mort.

Obs. XIX (Chabrely). — Convulsions épileptiformes. Agitation mentale.

Obs. XX (Bitot). — Hémiplégie droite et aphasie.

Le grand nombre des manifestations fonctionnelles ne nous surprend pas, si nous gardons présentes à l'esprit les raisons invoquées plus haut. Bien qu'aucune règle ne semble présider à leur apparition, quelques-unes d'entre elles, par leur fréquence, doivent être plus particulièrement signalées : telles, l'épilepsie, généralement totale, constatée cinq fois sur treize, c'est-à-dire dans une proportion de 38 0/0, et la céphalalgie, notée trois fois sur treize, c'est-à-dire dans une proportion de 23 0/0.

Chacun des autres symptômes nous arrêterait longuement, si nous voulions les étudier à part. La besogne serait ingrate et risquerait de faire double emploi avec l'exposé critique des observations, où les phénomènes cliniques côtoient les lésions qui les ont produits.

Nous croyons faire œuvre plus intéressante, en essayant de comprendre ce caractère que l'on retrouve si souvent, de mobilité et de fugacité des signes cliniques, et qui nous paraît être la note dominante du concert symptomatique.

Ce caractère, exceptionnel lorsqu'il s'agit de cysticerques vulgaires du cerveau, tient, selon toutes probabilités, à la forme particulière dont nous nous occupons ici. Le *cysticercus racemosus*, capable de se contracter énergiquement, et de refouler le liquide qu'il contient dans une dilatation ampullaire éloignée, imprime à la substance cérébrale des alternatives de compression et de décompression susceptibles de jouer un rôle dans la production ou la cessation de certains troubles.

La cécité et les paralysies motrices de l'œil, si fugitives chez le premier malade de Marchand, résulteraient d'une compression temporaire des nerfs appropriés, d'après cet auteur. De même, l'oblitération incomplète et momentanée de certaines artères cérébrales, en créant une anémie subite et passagère du cerveau, mettrait en jeu une décharge épileptique, d'après les théories de Kussmaul et de Tenner (2), ou encore, si l'oblitération persistait, deviendrait cause de paralysies et d'altérations sensitivo-sensorielles. Les observations I et V (Zenker), XV (Klob), XVI (Westphal), XVIII (Aran), XIX (Chabrely) et XX (Bitot) participeraient peut-être de cet ordre de causes.

Ces vues purement spéculatives, insuffisantes par elles-mêmes à expliquer tous nos cas d'épilepsie, ne doivent pas faire oublier un instant le mécanisme des réactions corticales au niveau des zones motrices, incriminé par presque tous les physiologistes actuels, et entre autres par MM. Franck et Pitres, pour expliquer l'épilepsie jacksonienne.

Le déplacement des vésicules retentit également sur les centres nerveux. Zenker admet sans conteste ces migrations, et, en parlant du cas de Merkel, il dit, en termes humoristiques, qu'il ne conçoit pas qu'un cysticerque en grappe puisse se tenir à poste fixe sur les tubercules quadrijumeaux, à l'instar de Rome sur les sept collines.

Le cysticerque, unique fauteur des désordres cérébraux, agit aussi en créant de la méningite basilaire, de l'hydrocéphalie, des lésions cérébrales ou médullaires ; ces dernières supposent des troubles habituellement permanents. Dans le cas de Westphal l'invasion de la moelle par les parasites, s'accompagna de presque tout le cortège des signes du tabès.

La *marche* de la maladie est des plus capricieuses, et sa *durée* n'obéit pas non plus à une loi donnée. D'après notre statistique, elle a été, dans la première observation, de dix-sept ans ; dans la cinquième, de dix-huit ans ; dans la onzième (Marchand), de dix ans ; dans la douzième, de un ans ; dans la treizième, de dix-huit mois ; dans la dix-neuvième, de deux ans ; dans la vingtième, de trois ans ; dans les deuxième et troisième cas de Zenker, de plusieurs années.

Si le terme fatal survient parfois à longue échéance, ce n'est pas qu'il y ait, à proprement parler, des rémissions. Les symptômes, malgré leur mobilité, s'accentuent, deviennent plus nombreux, jusqu'à ce que le dénouement éclate souvent rapide et inopiné.

La mort subite se chiffre en effet par le rapport élevé de 6/14. Et sa pathogénie est encore énigmatique. Trois fois on la désigne par ces termes vagues ; trois fois on l'attribue à une hémorrhagie cérébrale, à un ictus apoplectique et à un coma de courte durée. La terminaison par pneumonie suivie de coma a été remarquée deux fois ; par bronchopneumonie, une fois. Cinq malades ont succombé, deux, dans le coma, un, dans le collapsus, un, dans le délire, un, au cours d'une parésie des quatre membres. La pyohémie après une amputation de cuisse a été une fois l'accident final.

En thèse générale, quand la mort a été attribuée à une maladie intercurrente, telle par exemple que la pneumonie, on n'a découvert à l'autopsie que de petites vésicules.

Un *pronostic* très grave découle de ce qui précède. Sans doute, à l'examen de quelques-uns de nos cas, on accusera cette conclusion d'être trop pessimiste. Qu'on songe cependant combien la bénignité est exceptionnelle et avec quelle fréquence surviennent, par contre, les complications de toute sorte, telles que les troubles mentaux, l'hémiplégie, l'hémorrhagie cérébrale, la mort subite.

Quand le volume des vésicules, en raison de sa petitesse, n'occupera qu'une place minime dans le cerveau, les symptômes pourront, à la rigueur, être muets ou risqueront d'être très effacés. Mais qu'importe ! Nous ignorons si ces cysticerques ne vont pas grandir, envahir les espaces sous-arachnoïdiens, sur une large étendue, et devenir les agents provocateurs de lésions irrémédiables. Nous savons déjà ce qu'il faut penser de la guérison. Le cysticerque en grappe, beaucoup plus vivace que le cysticerque ordinaire, entre plus difficilement en régression ; aussi ne doit-on pas, jusqu'à plus ample informé, espérer la curabilité.

Ces accidents sont tous subordonnés à l'absorption d'un embryon de tænia. Notre premier chapitre est suffisamment explicite sur le mécanisme de l'infestation pour que nous ne reproduisions pas ici les notions étiologiques qui s'y rapportent. Nous n'insisterons que sur les conditions d'âge, de sexe, et de métier.

Seize fois, l'âge des malades a été inscrit dans nos observations. Il a varié de 23 ans à 75 en passant par 47, 63, 29, 66, 52, 40, 52, 34, 46, 54, 43, 48, 53, 45.

Ces nombres ne répondent pas au début de la maladie qui

(1) Zenker. Loc. cit.

(2) F. Franck et Pitres. Article Physiol. de l'encéphale du Dictionnaire encyclopédique. — Franck. Fonctions motrices du cerveau. Paris, 1888.

s'est effectué, dans les exemples suivants : à 30, 34, 42, 52, 42, 73 ans.

En somme l'âge mûr paie le plus large tribut.

Les cas se distribnent entre 14 hommes et 6 femmes. Quant à la recherche des professions, relevées dix fois, elle nons apprend qu'un boulanger, nn meunier, un journalier, un cordonnier, deux charpentiers, un ouvrier, un chaudronnier, un marin et une ouvrière figurent dans nos observations.

On voit qu'on ne pent tirer de ces détails un enseignement très suggestif.

La complexité des symptômes donne la mesure de la difficulté dn *diagnostic clinique*. Celui-ci doit répondre aux denx questions suivantes :

1°. S'agit-il de cysticerques intracrâniens ou intramédullaires?

2° Ces parasites affectent-ils la forme en grappe?

Le premier point se rattache indirectement à notre sujet et réclame de nous à peine quelques indications.

La réponse est évidemment hérissée de difficultés et nécessiterait une revue d'ensemble de toute la pathologie cérébro-spinale.

Nous nous bornerons à rappeler d'après Griesinger, cité dans la thèse de Viry (2), les règles suivantes de diagnostic :

1° Exclure les autres maladies cérébrales. (Disons plus : éliminer les localisations diathésiques telles que la syphilis et la tuberculose.)

2° Soupçonner les cysticerques, surtout quand il y a des attaques épileptiformes, qui, arrivées d'une façon subaiguë, représentent bientôt par leur intensité une maladie cérébrale grave.

3° Les cysticerques deviennent plus probables encore quand il s'agit d'un adulte dont ni l'état actuel ni les antécédents ne donnent la clef des symptômes.

4° Une lésion psychique, dans ces conditions, confirmera le diagnostic, surtout s'il n'y a pas de paralysie.

A cela nous ajouterons deux signes plus certains, la présence *antérieure* d'un tænia dans le tube digestif (obs. I Zenker), la présence *actuelle* dn *cysticercus cellulosæ* dans les muscles, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'œil, et un phénomène des plus intéressants, assimilable à certaines variétés de tournis, et qui a été observé par l'un de nous : nous voulons parler de l'*épilepsie ambulatoire* alternant avec des accès convulsifs (3).

Ce premier point du diagnostic étant élucidé, le second devient-il insoluble?

Nous ne saurions nous prononcer catégoriquement. Les seuls éléments positifs que nons puissions invoquer sont :

1° L'âge plus avancé des sujets atteints de cysticerqnes en grappe.

2° La mobilité, la fugacité, le caractère *protéiforme* de la symptomatologie.

3° L'apparition et la disparition successives de troubles des organes des sens (de la vision et de l'olfaction, par exemple), et de la motilité, de troubles enfin qui témoignent souvent de lésions irritatives des régions basilaires et de leurs méninges, de l'espace perforé antérieur, dn chiasma, des pédoncules cérébraux, de la protubérance et dn bulbe.

Après ces constatations, en supposant même que le diagnostic pût rigourensement s'affirmer, force est de faire un aven d'impuissance ponr ce qui concerne le *traitement*, en dehors évidemment de la médication symptomatique. Nous n'énnmérerons pas tous les parasiticides que la pharmacopée ancienne dirigeait contre les vers vésiculaires, mnriate de mercure et de sonde, décoction de saoria, calomel, huile ampyrenmatique, kousso, teinture de kamala. A vrai dire, nous sommes désarmés, et le trépan lni-même ne trouve pas son emploi dans ces régions qnasi inabordables de la base dn cervean.

Nous devons, en revanche, avoir foi dans la prophylaxie, proscrire les eaux souillées par des immondices, faire nettoyer scrnpuleusement les doigts des malades porteurs de tænias, diriger sans tarder nn traitement actif contre les vers intestinaux, prendre enfin des mesures sévères touchant l'interdiction des viandes de bœnf ou de porc contaminées, et, tout au moins, recommander expressément leur coction à une température de 80° à 100° suffisante pour tuer les cysticerques et détruire les œufs.

En diminuant, par une hygiène bien comprise, les chances de l'infestation, on arrachera aux tristes perspectives de la ladrerie un certain nombre de sujets et on en soustraira quelques-uns aux terribles dangers auxquels les aurait irrévocablement voués le cysticerque en grappe des centres nerveux.

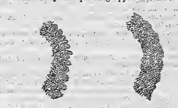


Fig. 1. Fig. 2.





Fig. 3.



Fig. 4.

(1) Griesinger. Archiv. der Heilkunde, 3 Jahr 1862, s. 220.

(2) Viry. Essai sur les cysticerques de tænias qu'on observe dans le cerveau de l'homme. Th. Strasbourg, 1867.

(3) L'observation de ce malade, épileptique depuis quatre ans, mort en 1889, et à l'autopsie duquel de nombreux cysticerques munis de leur scolex armé, enkystés ou non, calcifiés ou non, furent recueillis dans le cerveau et le cervelet, sera publiée incessamment (Sabrazès).

### CONCLUSIONS

1 Il existe des *cysticerques en grappe* des centres nerveux, localisés plus spécialement dans les espaces sous-arachnoïdiens.

2. Ils représentent un stade du cycle évolutif du *tænia solium* et peut-être du tænia inerme.

3. La présence du scolex ou, à défaut, la structure de la paroi les caractérisent suffisamment.

4. Vingt observations, aujourd'hui connues, laissent le champ libre aux interprétations pathogéniques.

5. L'hypothèse que nous avons cru devoir émettre pour expliquer la formation de ces kystes parasitaires repose sur les lois biologiques du balancement des organes et de l'adaptation au milieu.

6. Les phénomènes morbides sont d'ordre irritatif ou destructif.

7. La fréquence de la mort subite témoigne de leur gravité.

8. La nécessité d'une prophylaxie sévère se déduit naturellement de l'exposé des faits.

### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

VIRCHOW, RUDOLPH. — Helminthologische Notizen, 5. Traubenhydatiden der weichen Hirnhaut. Virchow Archiv f. path. Anatomie, etc. Bd 18, S. 528 taf. X, fig. 7-8, 1860.

LEUCKART. — Die menschlichen Parasiten. I Band, Leipzig und Heidelberg, 1863.

WESTPHAL. — Cysticercen des Gehirns nnd Rückenmarks. Berliner Klin. Woch., 1865, n° 43, S. 425.

KLOB. — Cysticereus cellulosœ im Gehirn. Wiener med. Woch., 1867, n° 8, s. 115; n° 9, s. 129.

HELLER, ARNOLD. — Invasions Krankheiten Ziemssen's Handbuch d. spec. Pathologie und Therapie, Bd III, 1874, s. 333, 2 auf. 1876, s. 360.

KUCHENMEISTER und ZURN. — Die Parasiten des Menschen, 2 Auflage, 1 Lief (1878 erschienen).

MARCHANE, FELIX. — Ein Fall von so genamten Cysticercus racemosus des Gehirns. Virchow's Arch. Bd 75, s. 10. taf II, fig. 5-7, 1879.

MEGNIN. — Note sur nne nonvelle forme de ver vésiculaire recueillie sur une gerboise. Progrès médieal, 1879, n° 51, s. 999.

VIRCHOW. — Charité Annalen, VI Jahr (1879). Berlin, 1881, s. 187.

MARCHAND, FELIX. —Ueber zovei neue Falle von Cysticercus racemosus des Gehirns. Breslauer Ærztliche Zeitschrift, n° 5, 12 Marz 1881 (sept. Abdr).

LEUCKART. — Die Parasiten des Menschen, 2 Anflage 1881.

F. A. ZENKER. — Ueber den Cysticercus racemosus des Gehirns, mit einer Tafel. Bonn. Verlag von Max Cohen et Sohn (Fr Cohen), 1882.

RAPHAEL BLANCHARD. — Traité de zoologie médicale, t. I^er, p. 398, 399, 400. Paris, 1889.

P. CHABRELY. — Epilepsie partielle. Foyers de ramollissement multiples. Cysticerques en grappe des méninges. Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 8 avril 1889. Journal de médecine de Bordeaux, n° 21, 1889.

E. BITOT. — Hémiplégie droite. Aphasie. Méningo-encéphalite. Cysticerques en grappe des méninges. Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 15 avril 1889. Journal de médecine de Bordeaux, n° 21, 1889.

DE NABIAS et W. DUBREUILH. — Deux cas de cysticerques en grappe dans les méninges. Cysticercus bovis chez l'homme. Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeanx, 12 août 1889. Journal de médecine de Bordeaux, n° 21, 1889.

(1) La part donnée aux indications bibliographiques dans le corps même de l'ouvrage nous antorise à limiter cet index aux travaux uniquement relatifs an cysticerque en grappe.

## REVUE DES JOURNAUX

### TRÉPANATION ET CHIRURGIE DU CERVEAU.

I. — EXCISIONS DE FRAGMENTS D'ÉCORCE CÉRÉBRALE; CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PSYCHOSES, par le Dr BURKHARDT.

II. — CHIRURGIE DES CENTRES NERVEUX, par le Dr HORSLEY. (Communications faites au Congrès de Berlin, section de neurologie et psychiatrie.) *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 16, p. 507 et p. 505.

Voici une série de documents intéressants, qui se rattachent à la revue publiée dans un des derniers numéros de ce journal (*Gazette médicale*, 1890, n° 12).

I. — Chez une femme de 52 ans, affectée d'une démence maniaque, très agressive, M. Burkhardt s'est décidé à tenter l'excision de l'écorce cérébrale dans une certaine étendue. Comme terrain opératoire, il a choisi la région de la circonvolution centrale postérieure et du centre du langage, dans l'espoir que cette excision rendrait plus difficile l'association des idées aboutissant, chez cette malade, à des actes agressifs. En quatre temps opératoires, M. Burkhardt a extirpé, dans la région pariétale, un lambeau d'écorce de 5 1/2 centimètres de longueur, de 2 1/2 centimètres de largeur, et dans la région frontale (3e circonvolution et centre du langage) un lambeau d'environ 1 centimètre carré de surface.

A la suite de cette opération, l'état de la malade s'est amélioré; elle est devenue moins agitée, plus aimable et la démence a perdu en intensité.

— Chez un autre maniaque, âgé de 31 ans, M. Burkhardt a extirpé un fragment volumineux de substance corticale, au niveau des première et deuxième circonvolutions frontales. Le malade est devenu calme, son état de démence ne s'est point accentué. Toutefois, il a eu des attaques au nombre de dix, qui ne se sont pas reproduites dans la suite. Le malade n'était pas agraphique après l'opération, quoique celle-ci eût porté sur le territoire aux lésions duquel on rapporte l'agraphie.

— Une autre fois, chez une femme frappée de démence aiguë et en proie à de violentes hallucinations de l'ouïe, M. Burkhardt a extirpé un lambeau carré d'écorce corticale, de 3/4 de centimètres de côté, dans le champ de Wernicke. Depuis, la malade parle davantage, ses troubles mentaux ne se sont pas aggravés, sauf qu'elle est devenue érotique.

— La même opération a été pratiquée chez une femme de 40 ans, affectée du délire des persécutions, en proie à des hallucinations de l'ouïe, et portée à des actes de violence. Après l'opération, on a constaté que le vocable dout se servait la malade s'était restreint; les hallucinations étaient moins prononcées. L'état mental avait subi une légère amélioration. Cette femme s'est noyée, sans qu'on ait pu savoir si c'était par accident ou par suicide. L'autopsie a démontré que l'opération avait intéressé le territoire qu'on se proposait d'atteindre.

— Chez un homme tourmenté par des hallucinations de l'ouïe, d'une extrême violence, qui le condamnaient à une inaction complète, M. Burkhardt a extirpé un vaste lambeau de l'écorce de la circonvolution temporale à gauche. A la suite de l'opération, le malade a présenté une amnésie verbale passagère; il est devenu plus calme. Une seconde opération a eu pour résultat d'enlever l'écorce d'une partie de la circonvolution angulaire gauche et du pied de la circonvolution de Broca. Le malade, qui était droitier, n'est pas devenu aphasique.

— Enfin, chez un journalier en butte à des hallucinations de l'ouïe, très agressif, l'ouverture du crâne a mis à jour

d'épaisses couennes qui recouvraient la scissure de Sylvius. Pour élargir la plaie cranienne, on se servit du ciseau ; le territoire du facial fut lésé. Le patient a présenté ensuite de l'amnésie verbale. Les hallucinations se sont dissipées. Plus tard, il a en des accès convulsifs ; les secousses partaient du territoire innervé par le facial ; le malade perdait connaissance. Il a succombé, et à son autopsie on a trouvé les vaisseaux cérébraux très dilatés, avec de petits foyers hémorrhagiques. Suivant l'auteur, la mort a dû être occasionnée par une paralysie vasculaire, provoquée elle-même par l'emploi du ciseau.

II.— M. Horsley pose en principe que tout traumatisme cérébral commande l'intervention opératoire. Les déboires recueillis dans un petit nombre de cas ne sauraient être mis en ligne de compte avec le nombre colossal de lésions craniennes, qui, abandonnées à leur sort, conduisent à la démence, à l'épilepsie, à des arrêts de développement, toutes suites que l'intervention chirurgicale est capable de prévenir. Celle-ci est surtout efficace chez les enfants, mais elle peut l'être également chez les adultes.

Ainsi, il y a environ deux ans, un médecin s'était attiré une fracture de la région temporale. Il resta hémiplégique pendant les dix jours qui ont suivi l'accident, puis il tomba dans un état comateux. L'ouverture du crâne fit voir que le cerveau était lésé dans une grande étendue. On enleva les caillots de sang sous un jet de liquide. Le confrère s'est entièrement rétabli ; il a repris ses occupations professionnelles.

Quand on se trouve en présence des symptômes d'une hémorrhagie intra-cérébrale, et que le début des accidents ne remonte pas à plus de quatre heures, la ligature de la carotide commune est formellement indiquée. De même, dans certains cas il est indiqué de recourir à la ligature de l'artère lenticulaire. Des expériences que M. Horsley a faites en commun avec M. Spencer, sur des singes, ont démontré que la ligature de la carotide arrête l'hémorrhagie consécutive à la section d'un des vaisseaux artériels destinés aux ganglions centraux. Les dangers de la ligature de la carotide sont d'ailleurs minimes. Quand l'asepsie est réalisée d'une façon convenable, il n'y a pas à craindre une thrombose ; il est également possible d'éviter la paralysie temporaire. M. Horsley parle d'après une expérience qui porte sur une vingtaine de cas.

Chez un malade qui souffre d'une céphalalgie intense, rebelle à toutes les médications communes, il faut également se résoudre à la trépanation.

M. Horsley a trépané dans deux cas de méningite ; les deux cas se sont terminés par la mort. On peut se demander d'après cela, si l'intervention opératoire laisse des chances de juguler une inflammation diffuse des méninges.

Dans les cas de tumeur cérébrale, il faut intervenir le plus tôt possible. Ainsi quand il y a des raisons de soupçonner une tumeur du cerveau, et que dans les six semaines qui suivent, il ne se produit pas d'amélioration dans l'état du malade, il ne faut pas reculer devant la trépanation.

Dans les cas de pachyméningite, il faut s'en tenir à l'excision de fragments des méninges épaissies, et n'intervenir que dans les premiers temps de la maladie.

M. Horsley opère également dans les cas de gommes cérébrales, convaincu qu'il est, que la médication spécifique est impuissante contre ce genre de lésion, qu'elle peut, tout au plus, procurer une amélioration.

De même, les tubercules, les tumeurs malignes du cerveau sont justiciables de l'intervention opératoire. M. Horsley a relaté le cas d'un malade, qui avait été transporté à l'hôpital, en état comateux. On diagnostiqua un sarcome du cerveau et on procéda à l'extirpation du néoplasme. Le patient s'est rétabli ; les traces de l'intervention opératoire se réduisaient à de légers symptômes de paralysie. Puis, au bout d'une année, il a eu une récidive, à laquelle il a succombé.

Quand, par suite de son trop grand volume, une tumeur ne peut être extirpée en totalité, il faut opérer néanmoins, enlever le plus possible du néoplasme ; on réussit de la sorte à procurer au patient une amélioration qui n'est pas à dédaigner. Les accidents de névrite notamment, en rapport avec la stase sanguine, s'atténuent.

L'intervention opératoire peut être indiquée dans les cas d'athétose. Récemment, M. Horsley a opéré un malade atteint de cette affection. Les secousses d'athétose ont disparu pour un temps, mais elles ont reparu, sans doute parce que l'écorce cérébrale n'avait pas été excisée dans une étendue suffisante.

Dans les cas d'épilepsie jacksonnienne, M. Horsley commence par se renseigner, à l'aide du courant électrique, sur sa topographie de la zone corticale spasmogène, puis il procède à l'extirpation de cette zone.

Enfin dans les cas d'encéphalocèle, un traitement électrolytique peut donner des résultats favorables.

En somme, sur un total de 43 opérations de chirurgie cranienne et cérébrale, M. Horsley compte 10 cas de mort, dont 2 par shok et 2 autres par septicémie.

D'autre part le chirurgien anglais a pratiqué 19 trépanations de la colonne vertébrale ; un des opérés a succombé au shok. Quand, à la suite d'une fracture de vertèbre, on constate des phénomènes de compression, l'intervention chirurgicale s'impose. Le pronostic est d'ailleurs moins favorable que dans les cas de fracture du crâne, à cause des chances plus grandes qu'on a de léser la moelle.

M. Horsley a également trépané dans un cas de carie vertébrale, sans résultat favorable. Il faut toujours avoir présent à l'esprit le pronostic fâcheux que comporte l'intervention opératoire, dans ces affections rachidiennes.

—M. Althaus est partisan de la ligature de la carotide commune dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, car c'est l'unique moyen de tarir l'hémorrhagie. A cela le professeur Erb a objecté que dans les cas d'apoplexie cérébrale, les symptômes ne permettent pas toujours de décider si on se trouve en présence d'une hémorrhagie ou d'une thrombose ; or contre celle-ci l'intervention chirurgicale serait illusoire. L'opinion de M. Erb paraît être qu'on abuse un peu de l'intervention opératoire, dans les affections non chirurgicales du cerveau.

Contrairement à l'opinion de M. Horsley, M. Althaus est d'avis que dans les cas de gomme cérébrale le traitement spécifique est d'une réelle efficacité et doit être préféré à une opération. A ce propos, M. Dunin a cité un cas de tumeur cérébrale présumée syphilitique, et qui se traduisait cliniquement par des attaques d'épilepsie jacksonienne. Après échec de la médication spécifique, on trépana le malade et on enleva une tumeur qui était implantée dans la circonvolution centrale antérieure. Le malade était affecté d'une hémiplégie et d'une aphasie. Cinq minutes après l'opération il pouvait de nouveau mouvoir ses membres paralysés ; son état s'est amélioré au point qu'il ne subsistait plus qu'un peu d'ataxie et de légers troubles de la sensibilité. Deux mois plus tard, le malade quittait l'hôpital en état de guérison apparente, mais au bout de deux autres mois, il est mort subitement. A l'autopsie on a trouvé un kyste hémorrhagique dans le cerveau.

*(A suivre.)* E. Ricklin.

## BULLETIN

Tuberculose expérimentale; Traitement et vaccination. — De la grippe au point de vue chirurgical.

Tout ce qui touche de près ou de loin à la tuberculose, et en particulier aux moyens propres à lui être opposés, est toujours une question de première actualité. Parmi les maladies virulentes, c'est en effet une de celles qui frappent le plus durement, surtout dans les grandes agglomérations humaines, dans les grandes villes. A Paris, elle fournit à elle seule par semaine presque le tiers des décès sur les autres maladies réunies. Aussi, toutes les recherches sur cette question sont-elles suivies avec une attention toute particulière, puisqu'elle est intéressée.

MM. Grancher et H. Martin viennent de communiquer à l'Académie des sciences des faits du plus haut intérêt, concernant le traitement de la tuberculose, et plus spécialement encore *un mode de vaccination* de la tuberculose. Déjà Koch, au Congrès de Berlin, (séance générale d'ouverture, 5 août 1890), avait publié ses résultats sur les substances capables d'arrêter le développement de la tuberculose. Or, cette question est double. D'une part, elle comprend les expériences *in vitro*, c'est-à-dire l'action des agents parasiticides dans les tubes à culture; et, d'autre part, elle contient également les résultats fournis par l'administration de ces mêmes agents à des animaux, qu'on rend à volonté tuberculeux, par des inoculations de cultures pures.

Koch avait reconnu qu'un certain nombre de substances étaient capables d'arrêter le développement de la tuberculose. Parmi celles qui s'étaient montrées les plus actives, il avait cité quelques huiles essentielles, quelques composés aromatiques, certaines couleurs d'aniline, les vapeurs mercurielles, et les combinaisons cyanhydriques de l'or et de l'argent. Le cyanure d'or, en particulier, entrave le développement des microbes en solution au deux millionième. C'était déjà quelque chose. Cependant, il n'avait pu réussir, avec ces substances, à empêcher l'évolution de la tuberculose chez les cobayes. D'autres, par contre, lui avaient donné des résultats; et il avait pu rendre des cobayes réfractaires à l'inoculation tuberculeuse, ou arrêter la marche de la maladie chez ceux qui avaient été inoculés antérieurement.

MM. Grancher et H. Martin sont arrivés à des résultats identiques. En opérant sur des lapins, (le résultat de ces expériences a été déposé en novembre 1889 sur le bureau de l'Académie), ils sont arrivés à arrêter l'évolution tuberculeuse. Chez *tous les lapins traités*, le traitement a été efficace, et tandis que les lapins témoins, non traités, succombaient plus ou moins vite, 22 jours dans une série d'expériences, les autres avaient des survies qui allaient de 126 jours à 229 et plus.

Ces résultats sont du plus haut intérêt. On soupçonnait, on savait que la tuberculose pouvait guérir; — les autopsies dans lesquelles on trouve dans le poumon d'anciens foyers tuberculeux crétacés, en sont un exemple. Mais nous manquions encore de preuve expérimentale à l'appui.

La seconde partie de la communication de MM. Grancher et H. Martin concerne un *mode de vaccination* de la tuberculose. S'inspirant des procédés mis en usage par M. Pasteur lors de ses découvertes sur la vaccination rabique, MM. Grancher et H. Martin ont préparé des cultures d'une virulence de plus en plus atténuée. Or, en injectant à des lapins d'abord des cultures atténuées, puis des cultures de plus en plus virulentes, jusqu'à celle qui représente dans l'échelle le maximum de virulence, « on arrive à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine, et d'autre part, à lui conférer contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée ».

Ces recherches sont riches de résultats et d'espérances pour l'avenir, et comme le disent les savants expérimentateurs que nous venons de citer, si l'on rapproche leurs résultats de ceux de Koch, — ceux-ci ayant été vraisemblablement fournis par d'autres procédés que ceux mis en usage par les expérimentateurs français, — il est permis d'espérer à plus ou moins longue échéance, un ou plusieurs moyens de combattre efficacement le bacille tuberculeux.

— Tous les médecins qui ont pu observer la dernière épidémie de grippe ont été à même de suivre de nombreuses complications survenir à la suite de celle-ci et pendant la convalescence. Faut-il y voir des complications grippales proprement dites? ou bien la grippe n'est-elle que l'occasion, la cause qui détermine la porte d'entrée à des affections secondaires? La seconde hypothèse semble la plus probable.

Nous ne connaissons pas le microbe pathogène de la grippe; la preuve expérimentale et pathogénique des microorganismes, qu'on a décrits comme pathognomoniques, reste à faire. Par contre, on a trouvé, en particulier dans les suppurations postgrippales, les organismes ordinaires de ces lésions : staphylocoques et streptocoques. Les complications d'ordre viscérale de la grippe (bronchite, bronchopneumonie, etc.) ont déjà attiré l'attention. M. Verneuil a de nouveau entretenu l'Académie de médecine (1) des complications et de l'influence de la grippe au point de vue chirurgical.

Il résulte de sa communication que la grippe peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et opérations chirurgicales non seulement pendant la période d'état, mais pendant la convalescence. C'est surtout par une tendance pyogénique que son influence se manifeste et ce sur tous les tissus ou viscères malades ou traumatisés : retard dans la cicatrisation ou désunion et suppuration des plaies; septicémie et pyohémie; érysipèle, lymphangite; tels sont les principaux accidents qu'on peut observer.

Les abcès de la pyohémie grippale renferment souvent les *pneumocoques* mélangés aux autres agents de la suppuration.

De ces considérations, M. Verneuil a tiré des conclusions pratiques applicables aux interventions chirurgicales qu'on peut être appelé à faire pendant les épidémies de grippe.

Dans les cas d'urgence, ne pratiquer aucune opération, en particulier sur les voies respiratoires, plus spécialement susceptibles pendant que sévit une épidémie.

Que si on est forcé d'intervenir chez une personne qui vient de subir l'atteinte de la maladie et qui est plus ou moins en convalescence, il faut attendre que l'état général soit redevenu bon, et y aider par les toniques et les antiseptiques internes: sulfate de quinine, naphtol, etc.

Ces sages préceptes doivent être suivis et appliqués : il est certain que les manifestations infectieuses post-grippales sont la règle; et que, pour parler le langage moderne, la grippe met nos tissus et nos humeurs à même de recéler et de nourrir les microbes pathogènes étrangers, et en particulier ceux de la suppuration. Or ceux-ci, plus que tous les autres, sont les ennemis du chirurgien... et du malade. Le devoir du premier sera donc dans la sage abstention que conseille M. Verneuil, s'il veut éviter des accidents souvent très graves, parfois mortels.

H. Barbier.

(1) Voir Journal des Sociétés Scientifiques, 1890, n° 19.

## NOTES ET INFORMATIONS

### LE CHOLÉRA.

La situation reste la même en Espagne et en Asie Mineure, les deux points qui nous menacent au Sud et à l'Est. La situation est particulièrement grave de ce dernier côté, à cause des communications commerciales qui, passant par l'isthme de Suez, touchent à des localités contaminées.

Dans le Hedjaz, la mortalité cholérique est grande. Du 23 juillet au 11 août il y a eu 3,463 décès cholériques, soit, pour cette période de quinze jours, une moyenne de 230 décès par jour.

Ces 3,463 décès cholériques, survenus au Hedjaz, portent sur un nombre d'environ 55,000 ou 60,000 pèlerins au maximum.

— Les dernières nouvelles du Caire annoncent que pour la journée du 20 août le nombre des pèlerins de La Mecque arrivés par steamer à *El Tor* était de 4,600.

Quarante-huit décès cholériques se sont produits parmi eux.

Mais on croit généralement que *beaucoup de pèlerins ont su éviter la quarantaine en rentrant chez eux par des voies détournées.*

En France, le gouvernement a pris des précautions à l'égard des pèlerins musulmans d'Algérie qui, malgré ses ordres, s'étaient rendus à la Mecque. D'autre part, on télégraphie de Toulon, en date du 19 août, que les ports de l'Arabie étant considérés comme infestés, tous les bâtiments, ramenant du personnel de l'Indo-Chine et ayant relâché à Aden, seront désormais soumis, à Alger ou à Toulon, à une quarantaine d'observation.

Mais il est à craindre que, comme ils en ont d'ailleurs l'habitude, les navires anglais ne passent outre aux prescriptions sanitaires internationales.

Une dépêche de Londres, en date du 20 août, annonce en effet que, mercredi dans l'après-midi, on a reçu de l'hôpital Poplar un matelot qui a été reconnu atteint du choléra asiatique.

Ce matelot est arrivé à Londres, dimanche, à bord du *Duke of Argyll*. Ce vapeur, actuellement mouillé dans les Victoria docks, vient de Calcutta; il a fait escale à Madras, Colombo, Aden, Suez et Port-Saïd.

On suppose d'ailleurs aussi, presque avec certitude, que c'est un navire anglais, parti de Bombay avec plus de 1,200 pèlerins et ayant eu quelques cas de choléra à bord, qui aurait porté à Djeddah les premiers germes de l'épidémie. Malgré l'état sanitaire du navire, les passagers auraient été débarqués dans ce port, à destination de la Mecque, sans subir aucune quarantaine.

Ou se demande, en présence de pareils faits, à quoi servent les règlements de police internationale, et les agents chargés de les appliquer.

— D'autre part on mande d'*Odessa*, à la date du 20 août, que dix personnes sont mortes du choléra à Nicolaïeff.

A Tchelchleu, près de Kischeneff, trente-cinq personnes auraient succombé et 180 autres auraient été atteintes.

— L'épidémie, en Espagne, continue à faire des victimes dans les provinces de Valence, d'Alicante et de Tolède.

Les localités où elle sévit avec le plus de violence sont Villajoyosa, dans la province d'Alicante, et Argès, dans les environs de Tolède.

A Argès, sur une population de moins de 500 habitants, on a constaté, depuis le commencement de l'épidémie, 123 cas et 44 décès. L'état de ce petit village est lamentable. Toute la population s'est enfuie; il ne reste plus que les malades et les personnes chargées de les soigner.

Le nombre des voyageurs venant d'Espagne n'augmente pas Il est, en moyenne, de 130 par jour.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des voyageurs qui ont passé à Cerbère a été de 889; le nombre des désinfections pratiquées a été de 102. L'état sanitaire de la frontière est excellent.

— A la séance d'ouverture de la session d'août du Conseil général de la Haute-Garonne, M. Ournac, maire de Toulouse, a demandé au Conseil d'ouvrir un crédit pour l'institution d'une Faculté de médecine. Cette proposition a été renvoyée à la commission compétente.

## NOUVELLES

*Faculté de médecine de Paris.* — M. Lion est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital Necker.

***

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Marcel Oui est nommé chef de clinique.

***

*Ecole de médecine d'Alger.* — M. Raynaud est maintenu pour un an, à dater du 1er novembre 1890, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

***

— Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

*Ecole de médecine d'Angers.* — M. Gaudin, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-91, d'un cours de physique.

M. Mâreau est chargé, pendant l'année scolaire 1890-91, d'un cours d'anatomie.

***

*Ecole de santé de la marine.* — Les étudiants en médecine actuellement présents dans les Ecoles de Brest, de Rochefort et de Toulon et qui ne seront pas pourvus du premier examen de doctorat au 1er novembre 1890, seront maintenus dans ces Ecoles jusqu'à ce qu'ils aient subi avec succès l'examen dont il s'agit.

Toutefois, cette prolongation de leur séjour dans les Ecoles annexes de médecine navale ne leur créera aucun droit aux cinquièmes et suivantes inscriptions, qui désormais ne seront délivrées qu'aux élèves de l'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux.

Les étudiants de la marine qui auront, au 1er novembre prochain, plus de douze inscriptions et qui seront susceptibles d'achever leurs études médicales pendant le premier semestre 1890-91, conserveront leurs situations actuelles et ne seront pas admis à l'Ecole de Bordeaux.

***

*La revision des règlements sanitaires du canal de Suez.* — Le général de Menabrea, ambassadeur d'Italie à Paris, a adressé à M. Ribot, ministre des affaires étrangères, une lettre dans laquelle il avise notre gouvernement de l'initiative, prise par l'Italie, de reconstituer sur de nouvelles bases un service sanitaire international de la mer Rouge et les pays limitrophes; et de fixer les garanties dont il conviendrait d'entourer ce service dans la Turquie d'Asie, en Perse et en Egypte.

Voici un résumé des bases sur lesquelles le gouvernement italien juge utile une entente spéciale des puissances.

L'accord devrait avoir pour but principal l'organisation de deux services sanitaires internationaux distincts : l'un pour régler et assurer l'application des mesures reconnues nécessaires pour empêcher du côté de l'Orient la propagation de toute maladie infectieuse par la « voie de terre » ; l'autre, la même défense par la « voie de mer ».

*Voie de terre.* — Ce service regarde essentiellement les gouvernements locaux ; il suffirait que les puissances européennes conservent leur représentant spécial dans le conseil supérieur de santé de Constantinople et d'Alexandrie et qu'elles provoquent la formation d'un conseil semblable en Perse, afin d'assurer l'adoption de mesures promptes et efficaces en cas de menace d'invasion épidémique.

*Voie de mer.* — Constituer une action collective de toutes les nations co intéressées à la défense contre les maladies pestilentielles venant d'Orient, si l'on veut donner au service sanitaire une organisation complète et convenable.

Il faut pour atteindre ce but :

1° Instituer une commission internationale permanente et autonome, chargée de la direction du service sanitaire international dans la mer Rouge ;

2° Instituer deux bureaux sanitaires internationaux chargés de l'inspection médicale des navires, qui de l'Océan indien entrent dans la mer Rouge ; et de ceux qui de la mer Rouge se dirigent vers la Méditerranée. Le premier de ces bureaux doit fonctionner au détroit de Bab-el-Mandeb, l'autre dans le voisinage de Suez ;

3° Instituer, auprès de chacun de ces bureaux, une station sanitaire internationale dans laquelle les bâtiments pourraient convenablement passer par toutes les mesures quarantenaires et de désinfection auxquelles il y aurait lieu de les soumettre.

La commission internationale sera composée de délégués de chacune des nations contractantes et devra être essentiellement technique.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 3 AU 16 AOUT 1890.

Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 4. — Rougeole, 39. — Scarlatine 7. — Coqueluche, 17.— Diphthérie, croup, 55.—Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 336. — Autres tuberculoses, 60 — Tumeurs cancéreuses, 80. — Autres, 12. — Méningite, 61. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 77. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 12.—Maladies organiques du cœur, 78.—Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 51.—Gastro-entérite des enfants : Sein, 50. — Biberon 178.—Diarrhée au-dessous de 5 ans, 8.— Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 34.—Sénilité, 44. —Suicides, 41.—Autres morts violentes, 33. —Autres causes de mort, 290.—Causes inconnues, 21.— Total : 1779.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII N° 35 30 AOUT 1890.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS



Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## GYNECOLOGIE

### RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. DOLÉRIS INTITULÉ MÉTRITE DU CORPS, MÉTRITE DU COL (1),

Par M. Polaillon.

Messieurs,

L'année dernière je vous ai lu un rapport sur le traitement de l'endométrite par les flèches caustiques laissées à demeure. Aujourd'hui, je suis encore appelé à vous rendre compte d'un travail sur le même sujet, mais par une méthode différente, le curettage utérin. Ces deux méthodes qui consistent, l'une à provoquer la destruction et l'exfoliation de la muqueuse utérine par l'action d'un caustique solide, l'autre à arracher cette muqueuse avec une curette, ont chacune leurs partisans et leurs adversaires. L'auteur du mémoire que je vais analyser compte parmi ces derniers. On apporte peut-être dans les discussions sur le choix entre ces deux méthodes plus de prévention, plus de partialité qu'il ne faudrait. Laissons les faits cliniques subir l'épreuve du temps. L'expérience nous montrera quel est le meilleur traitement, et quels sont les cas dans lesquels le curettage ou la cautérisation est spécialement indiquée.

(1) Rapport lu à l'Académie de médecine, séance du 5 août 1890.

Le mémoire que M. Doléris a lu dans la séance du 15 avril est intitulé : *métrite du corps, métrite du col.* Mais sous ce titre un peu vaste, l'auteur se borne à présenter quelques considérations sur le traitement de la métrite.

Son travail peut se diviser en trois parties : la *méthode opératoire* ; *l'efficacité du curettage* ; le *parallèle du curettage avec la cautérisation.*

1° La méthode thérapeutique de M. Doléris est basée sur deux principes qui découlent des méthodes microbiennes, et qu'il formule de la manière suivante : 1°, innocuité du traitement sanglant intra-utérin pratiqué avec des précautions antiseptiques rigoureuses ; 2°, nécessité de traiter les formes rebelles de l'endométrite par les procédés directement appliqués à la muqueuse utérine.

Partant de là, il a imaginé de nettoyer la cavité de l'utérus des produits infectieux, qui entretiennent son inflammation, avec un écouvillon à crins rigides imprégné d'un topique antiseptique. Il a, en effet, le mérite incontestable d'avoir fait connaître, il y a près de six ans, l'écouvillonnage de l'utérus, procédé utile, qui suffit dans quelques cas à guérir l'endométrite.

Mais contre certains cas invétérés, l'écouvillonnage est en défaut ; M. Doléris en convient lui-même. Il substitue alors à l'écouvillon un instrument plus efficace, la curette de Récamier ; souvent il combine ces deux procédés en complétant l'action du curettage par l'emploi de l'écouvillon.

Le curettage s'était déjà relevé de son long discrédit, lorsque M. Doléris commença à le mettre en pratique. Il a contribué à en faire une méthode opératoire nouvelle, qui comprend plusieurs actes, à savoir : la dilatation de la cavité du col et du corps pour l'introduction des curettes, les irrigations intra-utérines antiseptiques avant et pendant l'opération, l'abaissement du museau de tanche soit pour redresser une

## FEUILLETON

### CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE.

*(Etudes trimestrielles).*

*(Suite)* (1)

II

Donc le *Rozier* du 14 juillet 1890 a enregistré pour les médecins militaires 7 croix d'officier, 19 de chevalier, pour les pharmaciens 4 de chevalier, et, fait à remarquer pour les officiers d'administration des hôpitaux, 11 officiers et 5 chevaliers.

Sous le condominion de l'Intendance, cela ne se voyait jamais, en charité bien ordonnée, elle réservait tout pour ses propres services exceptionnels.

Les comptables pouvaient arriver à une extrême caducité, ils arrivaient avec une fabuleuse rareté à la chevalerie ; seuls ceux

(1) Voir le numéro précédent.

qui tracassaient ferme le médecin traitant au sujet de côtelettes pour 10 volailles et tisanes sucrées ou qui par des ladreries inédites arrivaient sur le dos du pauvre malade à minorer de quelques liards le prix de journée étaient proposés.

Avec une parcimonie égale il est vrai.

On a changé tout cela. L'Autonomie n'a pas de ces grâces d'état mercantiles pour affamer à leur chevet de deuil les fils de toutes les familles de France mais il faut encore à propos de décortion ou d'avancement être proposé.

Or, pour être proposé et surtout pour « faire aboutir », il faut demander, chasser, affûter la proposition, en organiser la battue avec des traqueurs de marque.

* *
*

Il n'y a pas d'exemple de proposition sans sollicitation. Et l'une me gâte l'autre.

Je voudrais dans mon honnêteté, que vous appellerez naïve si vous voulez que l'on aille, pour les grades supérieurs surtout, au devant du mérite au lieu de l'attendre, qu'on le lève au lieu d'être levé par lui, que le choix se choisisse moins lui-même par des

flexion gênant les manœuvres de la curette, soit pour fixer l'utérus. Enfin, depuis deux ans, il a institué le drainage antiseptique permanent de la cavité utérine avec l'idée peut-être plus théorique que réalisable, d'évacuer certaines collections liquides des trompes.

Mais le curettage avec sa technique accessoire n'est pas toujours semblable à lui-même. Il y en a deux espèces que l'on peut désigner sous le nom de petit et de grand curettage. Quelques chirurgiens se servent d'une curette étroite, mousse ou à peine tranchante; ne dilatent pas le col de l'utérus ou ne le dilatent que juste assez pour introduire leur étroite curette, avec laquelle ils grattent la muqueuse. Les autres pensant, avec raison, que ce grattage superficiel est insuffisant, n'emploient que des curettes tranchantes et volumineuses. Ils dilatent largement l'utérus pendant les jours qui précèdent l'opération. Puis ils raclent avec la curette tranchante toute la muqueuse, jusqu'à produire le *cri de l'utérus*, c'est-à-dire jusqu'à rencontrer le tissu dur sur lequel l'instrument frotte avec bruit.

L'opinion de M. Doléris sur ces deux espèces de curettage ne se dégage pas très clairement de ce qu'il a écrit. En lisant attentivement son mémoire, j'ai cru comprendre qu'il emploie la curette mousse ou presque mousse pour abraser la muqueuse du corps. Mais que pour le curettage du col, où l'inflammation se cantonne dans les glandes en grappes profondément situées, il se sert de curettes tranchantes et d'instruments tranchants. Il a même inventé, pour la métrite du col, une sorte de herse coupante, dont les dents servent à dilacérer en tous sens les saillies végétantes, les follicules à parois épaisses, les kystes, et permettent ensuite un curettage plus parfait.

Ainsi, pour M. Doléris, le grand curettage, le curettage incisif et destructeur, doit être réservé pour la métrite du col. Le petit curettage, ou le raclage avec la curette mousse, suffit pour la métrite du corps, parce que, dit-il, la muqueuse du corps de l'utérus « est de sa nature, molle, comme pulpeuse, caduque, et que le plus petit effort la détache du plan musculaire sous-jacent.

A cette manière de voir, je ne ferai qu'une objection, c'est qu'à l'état d'inflammation chronique la muqueuse du corps est moins facile à détacher qu'à l'état sain, surtout dans ses couches profondes. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les recherches de notre collègue, le professeur Cornil, sur l'anatomie pathologique des métrites. On y verra que les glandes hypertrophiées envahissent le tissu musculaire. Ce qui semble indiquer que pour enlever complètement la muqueuse malade il faut un instrument plus incisif qu'une curette mousse. « Il est d'ailleurs difficile, dit M. Cornil, d'enlever complètement avec la curette les productions polypiformes d'un certain volume (*Journ. des connaissances médicales*, 14 juin 1888, p. 187.)

— 2° M. Doléris nous a annoncé que, depuis dix ans, il avait traité 700 malades par l'écouvillonnage et par le curettage, soit seul, soit combiné. Nous aurions désiré qu'il eût fait connaître à l'Académie les résultats détaillés de cette pratique considérable. Il s'est contenté de renvoyer aux tables publiées dans la thèse de son élève, M. Boureau. Or, dans le dernier travail du Dr Boureau (*Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1888), basé sur 110 observations provenant de la clinique de M. Doléris, je trouve que, sur 84 opérées qui ont pu êtres suivies, 52 ont été guéries, 18 ont été améliorées et 14 sont restées non guéries.

D'où il suit, que l'efficacité du traitement de M. Doléris se traduit par la proportion de 62 guérisons pour 100 opérées, résultat assez médiocre si l'on considère que, pour l'obtenir, il a fallu soumettre les malades à une opération souvent sérieuse. Le procédé de la cautérisation me paraît donner un meilleur résultat, puisque j'ai obtenu une proportion de 82 guérisons pour 100 (*Bul. de la Soc. de chir.*, mai 1890, p. 227).

Pour M. Doléris, les échecs tiennent à ce qu'on demande à l'écouvillonnage et au curettage ce qu'ils ne peuvent pas donner. Ils échouent dans la métrite du col, pour peu que l'inflammation cervicale soit invétérée. Ils échouent dans les métrites compliquées de déviations de la matrice, de lésions des annexes, salpingites, ovarites, pelvi-péritonites. « Ils n'ont d'effet immédiat certain que sur la muqueuse; tandis que leurs effets immédiats sur les annexes, sur la musculature, l'innervation, la vascularisation, etc., sont au moins problématiques, et doivent toujours être prudemment réservés ».

On conçoit, en effet, que les échecs soient la règle, lorsque l'utérus dévié ou infléchi se prête mal à l'action de la curette; et lorsque les annexes, enflammées, souffrent des tractions indispensables pour mettre l'organe à la partie de la curette. Dans ces cas, non seulement le curettage est infidèle, mais

---

suggestions successives et des attaques en échelons sur le médecin-chef le directeur de santé, l'inspecteur de santé et le Comité de classement. Le tout déguisé sous d'honnêtes visites de politesse.

Je voudrais qu'on note « trop poli pour être proposé ».

Il y a encore là quelque chose à faire — la pièce à faire.

On verrait alors moins d'hérédité, moins d'avancement atavique et de ces protectionnistes qui font là avec une contradiction singulière mais moins régulière « l'offre et la demande » d'eux-mêmes.

*
**

Les décorations de l'armée territoriale vont être portées par projet de loi ministériel du 5 juillet, de 8 croix d'officier à 20, et de 24 de chevalier à 50. C'est un doublement logique, il faut espérer que le si nombreux corps de santé territorial sera avantagé de pareille proportionnalité. La première croix d'officier a été donnée en 1887 à un major de 1re classe, professeur de Faculté et bien connu, la 2e en 1889 à un major ni professeur, ni connu, il n'en a pas été accordé cette année, peut-être faute de proposition demandée à domicile. Ce qui honore peut-être plus encore que le ruban.

Toutefois, il ne faudrait pas se contenter d'avantager les médecins territoriaux de simples appels. On en a appelé 280 en 1890, on va appeler outre de nombreux médecins auxiliaires, 266 médecins de réserve (dont 36 majors de 2e classe) aux manœuvres d'automne de ces jours-ci. C'est très bien et les 13 jours de docteurs territoriaux dont nous avions demandé de longue date l'affectation au seul service de guerre pour ces praticiens essentiellement de campagne et de levée en masse viennent d'être, le 8 mars dernier, réglementés en un espèce de Tableau de service journalier qu'affecte 6 jours au service réglementaire et 6 au service hospitalier.

*
**

C'est là une excellente mesure dont il faut féliciter pleinement le directeur Dujardin-Beaumetz, et sa 7e direction, petite direction à un seul bureau qui fait plus que de plus grandes.

Un seul bureau pour le personnel et matériel, l'Ecole de Lyon, les Sociétés de secours aux blessés, Femmes de France, Dames Françaises, les appels ci-dessus, l'ordonnancement, l'approvisionnement, les docks pharmaceutiques, les trains sanitaires, même la flotte sanitaire pour l'évacuation par eau, il y a là une besogne en

encore il est souvent nuisible. Il aggrave quelquefois une salpingite, une ovarite, une pelvi-péritonite.

Cependant faut-il abandonner l'utérus à lui-même pour ne traiter que la complication? Nous ne le pensons pas; car il y a un grand intérêt à guérir d'abord l'endométrite, source de certains déplacements et des inflammations péri-utérines. L'endométrite une fois guérie, beaucoup de femmes ne s'aperçoivent plus de leur déplacement; et quelquefois, la salpingite, l'ovarite. les pelvipéritonites dont elles souffrent, s'améliorent ou disparaissent. Je suis donc d'avis de traiter toujours l'endométrite, avant de procéder à des opérations de laparotomie pour redresser l'utérus on enlever les annexes.

Et puisque ce traitement réussit rarement par le curettage, pourquoi ne pas employer le procédé par la flèche caustique qui s'infléchit dans toutes les déviations du canal utérin et qui ne produit point de réaction inflammatoire?

— 3° Dans la troisième et dernière partie du mémoire j'ai vainement cherché le parallèle annoncé entre le curettage et les méthodes de cautérisation, je n'y ai trouvé qu'un acte d'accusation contre la cautérisation en général.

Sans établir aucune distinction sur le mode non plus que sur le degré de cautérisation, M. Doléris la dénonce comme un méfait chirurgical. « Le cautère actuel sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps, sont sans contredit, affirme-t-il, les plus parfaits destructeurs de la vie physiologique de l'utérus. A leur action caustique succède le bourgeonnement et la suppuration de la muqueuse. Pour un esprit réfléchi, cela signifie destruction des éléments nobles de l'organe, infection secondaire possible, néoformation conjonctive pour le présent, et pour l'avenir, sclérose atrophique des quelques zones muqueuses qui auront résisté, et, en tous cas, sclérose et rétraction des zones musculaires sousjacentes. De là, les atrésies dans les trois cinquièmes des cas; de là, stérilité, perte de la fonction, etc. ».

Un tel tableau, Messieurs, serait bien fait pour nous émouvoir, si beaucoup d'entre vous n'avaient eux-mêmes pratiqué des cautérisations utérines sans constater de si fâcheuses conséquences. Depuis longtemps, on a porté des caustiques liquides dans l'intérieur de l'utérus, et on a guéri des endométrites. Quand on substitua aux caustiques liquides des tiges caustiques solides, ce fut un progrès, parce qu'on put mieux mesurer l'action du caustique. Et quand mes études sur l'endométrite m'eurent conduit à employer les flèches de chlorure de zinc laissées à demeure, j'ai eu grand soin d'indiquer, dans plusieurs communications et surtout à cette tribune, quelles dimensions on devait donner à ces flèches pour obtenir la cautérisation thérapeutique.

Juger et condamner une méthode de traitement d'après les accidents dus à la maladresse ou à l'inexpérience dans son application ne me paraît ni juste ni scientifique. En suivant le même raisonnement. ne pourrait-on condamner la curette qui a perforé l'utérus et provoqué la péritonite. Cependant je tiens le curettage pour une bonne opération, quand il est pratiqué par une main prudente et exercée.

Je ne veux pas abuser des instants de l'Académie en réfutant toutes les objections formulées par M. Doléris. Je n'en retiendrai que deux : l'atrésie du col, la destruction physiologique de l'utérus.

Dans l'endométrite chronique, tout traitement local assez énergique pour provoquer l'exfoliation et la rénovation de la muqueuse, produit un resserrement des cavités et des orifices utérins qui avaient été élargis par le boursouflement inflammatoire. Il en résulte souvent, après la guérison, un certain degré d'atrésie qui est parfaitement compatible avec les fonctions de l'utérus, et qui s'observe aussi bien après le curettage qu'après la cautérisation. Pour que cette atrésie devienne un phénomène morbide, pour qu'il y ait sténose du col, il faut que l'action chirurgicale ait dépassé toute mesure. Or, le premier devoir du praticien est de savoir appliquer les procédés thérapeutiques qu'il emploie, à la dose utile et non à la dose nuisible. Je nie donc que l'atrésie du col soit un accident spécial à la cautérisation bien faite et en particulier à la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc.

Le reproche de détruire la vie physique de l'utérus, la *placentation* comme l'appelle M. Doléris, peut atteindre ceux qui pratiquent inconsidérément la cautérisation dans les endométrites aiguës et légères, dans ces endométrites qui guérissent par le repos et par les moyens les plus simples. Mais il ne saurait toucher ceux qui réservent la cautérisation pour les endométrites chroniques et invétérées. Car les femmes qui souffrent de ces endométrites sont déjà stériles par le fait même de leur maladie, et elles resteront stériles, si on ne les traite pas. En les guérissant de l'inflammation utérine, on se propose en

---

marée montante à laquelle une puissance de travail considérable peut seule suffire.

Et voici qu'il faut suppléer l'armée de mer par surcroît. Un journal quelque peu d'opposition militaire, s'étonne étonnamment qu'aux deux bataillons d'infanterie de marine nouveau-venus à Paris on ait affecté 2 médecins-majors du 87 et du 90e de ligne il lui paraît que des médecins de marine eussent pu suivre leurs hommes à Paris, garnison pour laquelle les marins même docteurs ne professent pas un dédain absolu.

*
* *

Très bien, mais il eut été bon même à un opposant d'habitude, de se renseigner sur l'effectif de nos distingués confrères de la marine, les services coloniaux de ces faiseurs de tour du monde et les périls peut-être légèrement appréciés, à distance de boulevard, de ces docteurs globe-trotters.

L'effectif dont on va reconnaître l'insuffisance (cause du remplacement ci-dessus) est au 1er août 1890 en existants de : 5 directeurs du service de santé, 21 médecins en chef, 58 médecins principaux, 225 médecins de 1re classe, 232 de 2e, 46 médecins auxiliaires de 2e classe, soit au total 587.

Or attendez ; sur ce nombre, 33 sont aux Antilles et à la Guyane, 14 à Madagascar ou la Réunion, 42 au Sénégal et Soudan français, 27 à la Nouvelle-Calédonie, 9 Inde et Gabon, 83 au Tonkin, Annam, Cochinchine et Cambodge, soit 208 docteurs en résidence fixe à terre (outre le personnel des stations navales et transports) sur des points du globe qu'il nous semble très difficile, même en y professant l'hygiène de toutes ses forces, de rendre absolument hygiéniques.

En somme des Paradis un peu perdus.

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

---

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

*Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de juillet* 1890 (année scolaire 1889-1890).

M. Vernet. — Etude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur et en particulier sur la résection.

M. Compans. — Denucé. — Son œuvre scientifique.

même temps de les rendre aptes à la fécondation. Quelques-unes, en effet, ont pu devenir enceintes. Mais si la stérilité persiste, doit-on en accuser le traitement par la cautérisation ? .

Par cette conrte réfutation, j'espère avoir fait sentir que les reproches de M. Doléris ne s'adressent qu'aux excès de la cautérisation et aux erreurs commises dans ses indications.

Je suis très convaincu, d'après les faits que j'ai observés, que la cautérisation intra-utérine, avec la flèche de pâte au chlorure de zinc laissée à demeure, peut entrer en parallèle avec le curettage comme méthode thérapeutique de l'endométrite. . .

En réalité, l'opération du curettage est complexe, sanglante; elle exige la dilation préalable de l'utérus, l'abaissement forcé de l'organe, l'anesthésie chloroformique, et quelquefois, pour compléter l'action de la curette, il faut en venir à une cautérisation plus ou moins intense à l'aide d'un pinceau ou d'un écouvillon. L'opération de la flèche à demeure est au contraire très simple; elle ne fait pas perdre une goutte de sang ; elle ne nécessite ni la dilatation longtemps préparée, ni l'abaissement de l'utérus, ni la chloroformisation toujours redoutable.

Les suites du curettage ne sont bénignes qu'à la condition qu'aucune faute d'asepsie et d'antisepsie n'ait été commise pendant et après l'opération. La cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc porte en elle-même l'antisepsie nécessaire. Elle ne fait courir aucun danger pour la vie. Elle n'expose même à aucune complication sérieuse.

La fréquence de la guérison est la même avec l'une et avec l'autre opération. J'ai même indiqué que ce n'était pas au curettage que la statistique semblait être le plus favorable.

Notre conclusion est que l'écouvillonnage, le curettage, le hersage, ne doivent pas prendre une place exclusive dans le traitement de l'endométrite. La cautérisation, et surtout la cautérisation par la flèche à demeure, doit rester connue comme un procédé d'une efficacité égale, sinon supérieure.

## MEDECINE MILITAIRE

Des conditions d'aptitude physique au service militaire. *Etude critique de l'Instruction du* 17 *mars* 1890.

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

*Suite* (1).

II

Des modifications de forme et de fond ont été successivement apportées aux instructions ministérielles ayant pour but de préciser les conditions physiques d'acceptation au service militaire.

Si les anciens tableaux des maladies dressés par les inspecteurs généraux du service de santé des armées prévoyaient rarement l'exemption et plus rarement encore la réforme, il faut en accuser les inexorables nécessités de la guerre, les levées en masse de toute la jeunesse française : à moins d'être boiteux ou bancal tout le monde était soldat. Avec des contingents limités on dut bien se départir d'une telle rigueur et les circulaires des 4 mai et 17 juin 1819 ont pour principal but de lutter contre les habitudes antérieurement prises, en insistant pour que les conseils de revision tiennent rigoureusement éloignés de l'armée, les conscrits ne paraissant pas évidemment susceptibles de devenir de bons soldats et de supporter toutes les fatigues de la guerre.

C'est seulement le 14 novembre 1845 que sur les propositions du conseil de santé des armées les tableaux précédents furent remplacés par une instruction ministérielle, prescrivant aux médecins appelés aux conseils de revision de suivre dans l'examen des hommes un ordre déterminé propre à rappeler à la mémoire tous les détails sur lesquels ils devaient arrêter successivement leur attention et passant en revue les différentes infirmités humaines.

Nous allons remémorer aussi brièvement que possible les principales modifications apportées par les instructions qui suivirent. Elles visent plus particulièrement la faiblesse de constitution, la tuberculose, les défectuosités de la vision et de la dentition, la monorchidie, le varicocèle et les varices des membres, les mutilations des doigts et des orteils. C'est aux conditions ci-après que ces maladies ou vices de conformation entraînaient et entraînent l'inaptitude au service.

*Instructions.*

Instruction du 2 avril 1862. *Faiblesse de constitution.* — Bien confirmée.

*Tuberculose.* — Diathèse nettement constatée; la réforme était prononcée quand l'affection avait atteint le 2e et 3e degré.

*Défectuosité de la vision.* — Ptérygion, taies, abcès ulcérés, perforation de la cornée, procidence de l'iris, son adhérence à la cornée, absence ou occlusion de la pupille, staphylome de la sclérotique ou de la cornée, hypopion, hydropisie, cataracte, glaucome ou opacité de l'humeur vitrée, atrophie générale de l'œil. .. bien que quelques unes de ces affections soient curables.

*Vices de réfraction.* — Si la lecture est possible à 30 ou 25 centimètres de distance du nez avec des verres biconcaves des nos 4 et 5 et si la distinction nette des objets éloignés est possible avec le no 6 ou 7 (notation en pouces).

*Défectuosités de la dentition.* — Quand il y a perte ou carie des dents incisives ou canines de la mâchoire supérieure ou de l'inférieure; perte, carie et mauvais état de la plupart ou d'un grand nombre d'autres dents.

*Monorchidie.* — L'absence ou l'altération grave des testicules perte, atrophie, dégénerescence de l'un d'eux).

*Varicocèle.* — Quand il est considérable ou symptomatique d'une affection du testicule ou du cordon spermatique.

*Varices des membres.* — Quand elles sont très développées et très volumineuses

*Mutilation des doigts et des orteils.* 1° — Perte totale d'un pouce, d'un gros orteil, d'un index ou de deux autres doigts ;

2° Perte partielle du pouce ou de l'index de la main droite;

3° Perte simultanée de la deuxième et de la dernière phalange d'un doigt ou de toutes les dernières phalanges d'une main ou d'un pied.

Instruction du 3 avril 1873. *Faiblesse de constitution.* — Caractérisée par un développement insuffisant des systèmes osseux et musculaires persistant après le terme de la période de croissance et accompagnée d'un aspect maladif.

*Tuberculose.* — Prédisposition parfaitement accusée à la phthisie se traduisant par l'habitus extérieur ou la présence certaine de tubercules dans un organe.

*Défectuosités de la vision.* — La kératite vasculaire ou panniforme, la kératite disséminée rebelle; les opacités de la cornée occasionnant une diminution de l'acuité de vision supérieure à un quart, la cornée conique, la cornée globuleuse ou staphylome pellucide, le staphylome opaque.

Les exsudats du champ pupillaire, occasionnant une diminution de l'acuité visuelle d'un quart, les opacités du cristallin.

(1) Voir le numéro précédent.

*Vices de réfraction.* — La myopie notable et constatée égale à un quart; l'hypermétropie de un sixième et au-dessus; l'hypermétropie compliquée de strabisme convergent permanent; l'hypermétropie compliquée d'amblyopie de l'œil droit; l'amblyopie à un quart.

*Défectuosités de la dentition.* — Quand il y a perte ou carie des dents incisives et canines de la mâchoire supérieure ou de l'inférieure; perte, carie et mauvais état de la plupart ou d'un grand nombre d'autres dents.

*Monorchidie.* — La perte, l'atrophie ou une altération organique du testicule ou du cordon.

*Varicocèle.* — Très considérable, douloureux et se gonflant par la station debout; quand il n'y a pas de doute sur la gêne qu'il peut provoquer.

*Varices des membres.* — Quand elles sont très multipliées, douloureuses, en paquets volumineux, et exposées par leur siège à s'ulcérer ou à se crever par les efforts.

*Mutilation des doigts et des orteils.* — 1° Perte totale d'une phalange à un pouce ou à un gros orteil;

2° Perte totale d'une phalange à l'indicateur droit ou de deux phalanges à l'indicateur gauche;

3° Perte totale et simultanée de deux phalanges à deux doigts;

4° Perte totale et simultanée de deux orteils;

5° Perte totale et simultanée d'une phalange aux trois derniers doigts ou aux quatre derniers orteils.

Instruction du 27 février 1877. *Faiblesse de constitution.* — Le périmètre thoracique ne devait pas être inférieur à 0,78 immédiatement au-dessous de la saillie des muscles pectoraux, pendant l'intervalle de deux respirations normales, les bras pendants.

*Tuberculose.* — Les tubercules motivaient toujours l'exemption; ils pouvaient occasionner la réforme alors même qu'ils étaient à la première période; ils devaient la nécessiter une fois ramollis.

*Défectuosités de la vision.* — La kératite vasculaire ou panniforme, la kératite disséminée, rebelle, les opacités de la cornée, occasionnant une diminution de l'acuité de vision supérieure à un quart; la cornée conique, la cornée globuleuse ou staphylome pellucide, le staphylome opaque.

Les exsudats du champ pupillaire occasionnant une diminution de l'acuité visuelle d'un quart, les opacités du cristallin.

*Vices de réfraction.* — La myopie supérieure à un sixième. Entre un quart et un sixième sans complication d'amblyopie ou d'altération pathologique des membranes internes, elle fait classer dans le service auxiliaire.

L'acuité visuelle doit toujours être au moins de 1/4 pour l'œil droit et de 1/10e pour l'œil gauche; l'angle temporal du champ visuel ne doit pas être diminué de plus de moitié.

L'hypermétropie et l'astigmatisme confèrent l'exemption et la réforme toutes les fois que l'acuité est au-dessous des limites indiquées. L'hypermétropie susceptible d'être corrigée par des verres est admise au service auxiliaire.

*Défectuosité de la dentition.* — Quand la dentition est mauvaise au point de rendre la mastication difficile par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents.

*Monorchidie.* — La perte de l'un ou des deux testicules par suite d'opération ou d'accidents, l'atrophie de ces deux organes acquise ou congénitale portée à un haut degré.

*Varicocèle.* — Autant qu'il est douloureux et que par son volume considérable il détermine une gêne prononcée dans la marche, et ces cas sont exceptionnels.

*Varices des membres.* — Se détachant en paquets noueux ou s'élevant jusqu'à la cuisse ou jusqu'à l'aine.

*Mutilation des doigts et des orteils.* — 1° Perte totale du pouce ou d'une de ses phalanges.

2° Perte de l'indicateur ou d'une phalange de ce doigt, à droite et à gauche;

4° Perte de deux doigts ou de deux phalanges de deux doigts;

4° Perte simultanée d'une phalange des trois doigts.

La perte totale (ou la luxation non réduite) du gros orteil ou d'une phalange du gros orteil; la perte simultanée de deux orteils voisins; la perte totale d'une phalange aux quatre derniers orteils.

Instruction du 17 mars 1890. *Faiblesse de constitution.* — Suivant ses degrés, elle motive l'exemption, l'ajournement ou l'envoi dans les services auxiliaires.

*Tuberculose.* — Les indices de tuberculose généralisée ou localisée dans un organe quelconque motivent toujours l'exemption et la réforme immédiates. Il importe de ne pas attendre les réclamations des malades et d'assurer par les enquêtes et examens nécessaires l'exclusion absolue de l'armée des militaires atteints de cette affection.

*Défectuosités de la vision.* — Le ptérygion atteignant le centre de la cornée; les kératites anciennes, spécialement les kératites vasculaires, panniformes, étendues; les abcès et ulcérations profondes de la cornée, les staphylomes, les taies ou opacités invétérées qui déterminent une diminution de l'acuité visuelle à distance au dessus de 1/2 pour l'un des deux yeux et 1/10e pour l'autre œil ou qui rétrécit le champ visuel binoculaire du côté des tempes de plus de moitié.

*Vices de réfraction.* — Tout vice ou toute lésion des organes de la vision qui réduit l'acuité au-dessous des limites ci-dessus, si ce vice ou cette lésion ne peut être corrigée par des verres. La myopie entraîne l'exemption et la réforme : 1° quand elle est supérieure à 4 dioptries; 2° quand l'acuité visuelle n'est pas ramenée par des verres correcteurs au moins à 1/2 pour un œil et 1/10e pour l'autre; 3° quand les altérations de la choroïde sont assez étendues pour indiquer une myopie progressive; 4° enfin quand il existe une asthénopie musculaire prononcée ou un strabisme divergent accompagnés d'une diminution de l'acuité visuelle dans les limites précitées.

L'hypermétropie et l'astigmatisme, l'anisométropie entraînent l'exemption et la réforme quand elles déterminent un abaissement de l'acuité visuelle à distance au-dessous des limites fixées pour chacun des deux yeux. Distinction des couleurs.

*Défectuosités de la dentition.* — Quand la dentition est mauvaise au point de rendre la mastication difficile par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents.

*Monorchidie.* — La perte des deux testicules par suite d'opération ou d'accident; l'atrophie de ces deux organes acquise ou congénitale portée à un haut degré.

*Varicocèle.* — Autant qu'il est douloureux et que par son volume considérable il détermine une gêne prononcée dans la marche et ces cas sont exceptionnels.

*Varices des membres.* — Caractérisées par des flexuosités et des nœuds très apparents, occupant les deux membres ou un seul avec un varicocèle prononcé.

*Mutilations des doigts.* — 1° Perte ou luxation du pouce ou d'une de ses phalanges;

2° Perte de l'indicateur droit ou de deux de ses phalanges avec ankylose ou extension permanente de la phalange conservée;

3° Perte de deux doigts ou de deux phalanges de deux doigts;

4° Perte simultanée de trois phalanges intéressant l'index et le médius.

5° Perte simultanée d'une phalange de l'index, du médius et de l'annulaire.

La perte totale (ou la luxation non réduite) du gros orteil; la perte simultanée de deux orteils voisins; la perte totale d'une phalange aux quatre derniers orteils.

(*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

### TRÉPANATION ET CHIRURGIE DU CERVEAU.

*(Suite et fin.)*

III. — CONTRIBUTION CLINIQUE A LA CHIRURGIE DU CERVEAU, par les Drs H. OPPENHEIM et R. KŒHLER. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 30, p. 677 et *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 16, p. 507.

IV. — CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS DU CERVEAU, par le Dr L.-S. PILCHER. *Annals of Surgery*, vol. IX, p. 161.

V. — TRÉPANATION DANS UN CAS D'HÉMIPLÉGIE ACCOMPAGNÉE DE CÉPHALALGIE GRAVE, par le Dr WHITE. *British medical Journal*, 1890, 22 fév., p. 424. Analysé *in Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 12.

VI. — TRÉPANATION DANS UN CAS D'ABCÈS DU SINUS FRONTAL. *Ibidem*, 22 février, p. 426.

VII. — ABCÈS DU CERVELET, TRÉPANATION, MORT, par le Dr BRYDEN. *Ibidem*, 24 mars, p. 709.

VIII. — LA RÉSECTION TEMPORAIRE DE LA VOUTE CRANIENNE, EN PLACE DE LA TRÉPANATION, par le Dr WAGNER. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889. n° 47, p. 833.

III. — A la suite d'une attaque d'apoplexie (septembre 1889) une femme de 36 ans avait présenté une paralysie incomplète du côté gauche, compliquée de secousses cloniques très fréquentes, marquées surtout à la face et au bras. L'usage prolongé du chloral atténua les accidents spasmodiques ; le nombre des attaques se réduisit à 2 ou 3 par jour. Par contre, la paralysie alla en s'accentuant, malgré l'administration de l'iodure de potassium et l'emploi du courant faradique.

Le 9 avril 1890, la malade vint en traitement dans le service de M. Oppenheim. Indépendamment des accidents susdits, elle avait une céphalalgie frontale violente. L'examen ophtalmoscopique ne donnait que des résultats normaux. La bouche était fortement déviée vers la gauche ; salivation continue. Pas de raideur de la nuque, pas de vomissement, pas de ralentissement du pouls, pas de déviation de la langue, pas d'embarras de la parole. A l'avant-bras et à la main, du côté gauche, la peau avait une teinte légèrement cyanotique. Le bras gauche était entièrement paralysé, et les muscles de l'épaule étaient le siège d'une contracture manifeste. La jambe gauche était légèrement parésiée sans contracture : réflexes tendineux exagérés. La malade était au 5e ou 6e mois d'une grossesse.

M. Oppenheim diagnostiqua une tumeur cérébrale, irritant la zone motrice corticale à droite. Le seul espoir de salut résidait dans une intervention opératoire, à défaut de laquelle la malade était vouée à une mort certaine et rapide. Il n'y avait d'ailleurs aucune raison de craindre une infection métastatique opératoire. L'état de grossesse ne pouvait être considéré comme une contre-indication suffisante, étant donné le pronostic des accidents qui réclamaient une intervention chirurgicale.

Opération le 26 avril : sur le crâne préalablement rasé de la femme, on dessina le trajet approximatif du sillon de Rolando; puis, avec le ciseau, on enleva, dans la région correspondant au tiers inférieur des circonvolutions centrales, un fragment de paroi cranienne, de la grandeur d'une pièce de cinq marks en argent. L'opération fut pratiquée par M. Kochler, suivant le procédé de Wolff (1), dit de la résection temporaire de la voûte cranienne, et dont il sera question plus loin.

Une fois les méninges mises à jour, on s'aperçut qu'il n'y avait pas de pulsations à leur niveau. Après incision de la dure-mère on distingua la substance cérébrale agitée par des pulsations légères; les deux circonvolutions apparentes présentaient deux teintes bien distinctes : l'une, située en arrière, avait une coloration normale, l'autre, située en avant et en bas, avait une teinte d'un bleu foncé. En incisant celle-ci, l'opérateur pénétra dans un kyste assez vaste, d'où s'échappa une grande quantité de liquide et une matière coagulée. Il s'agissait d'un gliome, qui fut extirpé dans la plus grande partie de son étendue.

Peu de temps après l'opération, la fréquence du pouls s'éleva de 53 à 86. Le lendemain, un changement très favorable était survenu dans l'état psychique de la malade : la tête était tout à fait libre, la céphalalgie avait diminué ; plus de vomissements; la parésie du facial gauche était moins accusée; à la jambe gauche, la force motrice était redevenue normale. Puis la contracture disparut au membre supérieur. Le 14 mai, la malade pouvait, pour la première fois, mouvoir de nouveau ce membre. Les troubles de la sensibilité s'étaient dissipés.

Cependant, le 27 mai, il y eut une petite attaque convulsive limitée au côté gauche, à la suite duquel l'état de la mobilité du bras s'aggrava. La plaie cranienne avait suppuré un peu. Un traitement chirurgical approprié remédia à ce fâcheux incident.

Le 21 juillet, la femme accoucha de la façon la plus naturelle, d'un enfant vivant, bien constitué. D'après les renseignements fournis par M. Oppenheim, au Congrès de Berlin, l'état de la mère avait continué d'être des plus satisfaisants.

IV. — Le sujet de l'observation de M. Pilcher, un homme de 33 ans, s'était fait une blessure à la région pariétale gauche en tombant d'une voiture. A la suite de cet accident, le malade a eu des attaques convulsives, il est devenu apathique, ses facultés intellectuelles ont baissé. Il a été trépané six ans après l'accident. Le crâne a été entamé au siége du traumatisme, dans une assez grande étendue ; le cerveau est venu faire hernie à travers la solution de continuité et il a été impossible de le ramener en place. M. Pilcher s'est décidé à en exciser un fragment.

Le sujet est mort vingt-quatre heures après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé un caillot de sang dans la fosse sylvienne; l'hémorrhagie avait eu pour cause une ponction exploratrice pratiquée dans la portion de cerveau mise à nu. On découvrit, en outre, un gliome volumineux qui occupait presque tout le lobe frontal gauche et une partie du corps calleux. Donc, l'extirpation du néoplasme eût été impossible, en admettant qu'on eût été éclairé sur son siége, du vivant du sujet.

Incidemment, l'auteur mentionne que des fragments osseux remis en place adhéraient solidement à la dure-mère, trente-huit heures plus tard. Pendant l'opération, ces fragments avaient séjourné dans de l'eau distillée maintenue à la température du corps humain.

V. — M. Lane a rendu compte, à la Société clinique de Londres, d'un cas de trépanation chez un homme de 29 ans, qui était sujet à des accès d'épilepsie, et affecté d'une hémiplégie gauche. De plus, le malade avait des maux de tête tellement violents que la vie lui devenait insupportable. Ces symptômes s'étaient développés à la suite d'une double chute sur la tête, que le malade avait faite quatorze années auparavant.

(1) *Archiv. für Klin. Chirurgie*. T. IV, 1863.

Vers le milieu de la scissure de Rolando, on pratiqua, dans la paroi cranienne, une double ouverture en forme de 8, et on enleva ensuite le pont qui séparait les deux ouvertures. La paroi osseuse avait une épaisseur de 3/4 de pouce, la dure-mère était épaissie, les circonvolutions pariétales et frontales ascendantes étaient atrophiées.

Après l'opération, le patient s'est trouvé délivré de ses maux de tête, les attaques convulsives ne se sont pas reproduites ; la paralysie a diminué au membre inférieur. L'état du membre supérieur ne s'est pas modifié. Ces renseignements ont été fournis dix-sept mois après l'opération.

VI. — L'ouverture de l'antre d'Higmor, dans un cas où il existait de violentes douleurs dans cette région, avait donné lien à un abondant écoulement de pus. Comme les douleurs subsistaient, on se décida à une application de trépan sur la ligne médiane de la région naso-frontale. Une abondante évacuation de pus fut suivie d'une guérison complète.

VII. — L'observation de Bryden concerne un homme de 23 ans, qui avait eu une otite médiane suivie d'une perforation du tympan, et, plus tard, d'accidents méningitiques, céphalalgie, vomissements, etc. L'état du malade s'améliora pour quelque temps, puis survint une récidive, qui mit les jours du patient en danger. On diagnostiqua un abcès intra-cranien, dont il était impossible de fixer le siège précis. En arrière et au-dessus du méat du conduit auditif externe, on pratiqua une ouverture qui donna issue à du pus. Une aiguille introduite d'avant en arrière, fit sortir un peu de liquide, céphalo-rachidien, venant des ventricules. Le malade succomba au bout de quelques heures.

L'autopsie a fait découvrir une carie de la portion pétreuse du temporal. Sur des coupes des hémisphères, on ne constatait rien d'anormal; la partie antérieure et externe de l'hémisphère gauche du cervelet logeait un abcès dont le contenu fétide pouvait être évalué à une demi-once.

— Un homme de 21 ans, en tombant d'une grande hauteur, s'était fait une fracture comminutive du crâne, à 2 1/2 centimètres environ au-dessus de la cavité orbitaire à droite; la substance cérébrale faisait hernie entre les esquilles osseuses. Une fois la plaie débarrassée d'un certain nombre d'esquilles, on découvrit une fissure qui intéressait le frontal sur une grande étendue. M. Allis introduisit un doigt par l'ouverture cranienne et put suivre la fissure jusqu'à la lame criblée. Il perfora cette lame avec un ciseau fin, à travers la fosse nasale droite. Puis il introduisit une sonde par cette ouverture, pour la faire ressortir par la plaie frontale; il fixa à l'extrémité de cette sonde un drain qu'il ramena jusque dans la fosse nasale, au-dessus de la lame criblée. Un second drain plus long fut introduit sur toute la longueur de la plaie.

Au bout de six semaines, le patient était guéri. M. Allis pense que le drainage de la cavité cranienne pourra surtout donner de bons résultats dans les cas de carie du rocher qui se compliquent d'accidents méningitiques.

VIII. — Il a été question plus haut, d'une tentative heureuse de résection temporaire du crâne, faite par M. Koehler, chez la malade dont M. Oppenheim a publié l'observation. L'idée première de ce procédé opératoire paraît appartenir à M. Julius Wolff, ainsi qu'il a été dit plus haut, mais c'est M. Wagner, de Königshütte, qui en a fait la première application à la chirurgie humaine.

Voici la description du manuel opératoire, donnée par M. Wagner :

Dans la région du crâne, sur laquelle on se propose d'opérer, on trace une incision en forme d'oméga, qui intéresse les parties molles sans entamer le périoste. Une fois que le lambeau s'est rétracté, on le presse fortement contre la paroi cranienne, et on incise le périoste à une distance de un demi à un centimètre en dedans et parallèlement à son bord libre. Avec le ciseau, on traverse l'os sur le trajet de cette incision interne; toutefois, au niveau des deux branches horizontales de l'oméga, on se contente de creuser des gouttières dont la profondeur va en augmentant de dehors en dedans. On introduit dans ces gouttières deux ciseaux minces, et sans entamer la base du lambeau formé par les parties molles, on traverse le pont osseux qui sépare les deux branches de l'oméga, en opérant une véritable section sous-cutanée.

Avec un élévateur assez mince, on pourra ensuite facilement soulever de dedans en dehors le fragment osseux que circonscrit la courbe de l'oméga, pour le rabattre sur le lambeau formé par les parties molles. Il reste adhéreut à la paroi cranienne par une sorte de pédicule qui mesure au minimum 3 centimètres de largeur.

Une fois l'opération principale terminée, on ramène le fragment osseux dans sa position première, on le recouvre du lambeau formé par les parties molles, et qui le déborde de toutes parts dans une étendue de 1 centimètre; puis on suture les lèvres de l'incision des parties molles, après avoir introduit des drains au niveau des angles formés par les branches horizontales avec la ligne courbe de l'oméga.

Après s'être assuré par des expériences sur le cadavre que cette opération était d'une exécution facile, M. Wagner a fait une tentative sur le vivant, voici dans quelles circonstances :

Un homme de 27 ans avait eu le crâne contusionné par une lourde voiture, dont une roue lui avait effleuré la tête. Il avait complètement perdu connaissance, lorsqu'on le transporta à l'hôpital ; il perdait du sang par la bouche, par le nez, par les oreilles, par celle de droite surtout. On découvrait une suffusion sanguine dans la région temporale gauche; d'autre lésion apparente point. Deux jours après, il présentait des symptômes graves de compression cérébrale. On diagnostiqua un hématome de l'artère méningée moyenne gauche, et on se décida à aller à la recherche de ce vaisseau, pour lui appliquer une ligature.

La trépanation se fit suivant le procédé indiqué ci-dessus. On mit à jour une déchirure de l'artère méningée moyenne. Le vaisseau fut lié en amont de la déchirure; on enleva les caillots de sang. Je passe sur les détails de l'opération. Vingt-quatre heures après, le patient succombait dans le coma.

L'autopsie a démontré qu'il existait une vaste fracture de la base du crâne. Le fragment d'os réséqué était parfaitement enclavé dans l'orifice de perforation. Pas de réaction inflammatoire au siège de la trépanation. M. Wagner conclut que l'opération qu'il propose est d'une exécution facile sur le vivant, qu'elle est indiquée dans les cas d'hématome de la dure-mère, d'abcès du cerveau, de tumeur, d'épilepsie traumatique, etc.

Chez la malade de M. Oppenheim, opérée par M. Koehler, les choses ont très bien marché. Il n'y a pas eu la moindre poussée de fièvre, après l'opération (37,3). Le pansement a été changé pour la première fois au bout de huit jours. Sept semaines après l'opération, il n'était pas encore possible de se faire une idée exacte du sort du fragment osseux réimplanté.

Un dessin, annexé à la relation de Koehler, permet de bien saisir les détails de la technique opératoire.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER.

L. F. König. — L'obturation osseuse des grandes solutions de continuité du crâne. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, n° 27, p. 497.

## BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur la grippe, par le Dr Villard, recueillies par le Dr Oddo, chef de clinique, Paris, Masson 1890.

Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-1890, par le professeur Grasset, recueillies et publiées par le Dr Rauzier, chef de clinique, Montpellier, Coulet, et Paris, Masson, 1890.

L'épidémie de grippe de l'hiver dernier que nous avons appelée *grippe européenne*, diffère par certains caractères de la *grippe endémique*, familière à nos régions.

Nous avons établi ailleurs (1) que la grippe européenne s'est manifestée avec des allures nettement contagieuses, tandis que la contagion reste exceptionnelle dans la grippe endémique.

Les complications des voies digestives et respiratoires ont été notées plus fréquemment et la moyenne de durée a été plus longue dans la grippe endémique. Un grand nombre de grippes européennes ont présenté la forme nerveuse et ont guéri en moins de 5 jours (grippe abortive), laissant après elles une convalescence qui nous a semblé plus pénible que celle de la grippe endémique.

Malgré ces différences, la similitude de la plupart des symptômes indique la proche parenté des deux affections.

On pourrait peut-être considérer la grippe européenne comme une grippe endémique, avec exaltation du virus dans ses propriétés contagieuses et son action sur le système nerveux.

M. Villard, professeur à l'école de médecine de Marseille et le professeur Grasset, de Montpellier ne s'occupent que de la grippe européenne.

Leurs leçons sont remarquablement exposées, rédigées avec talent par MM. Oddo et Rauzier et mettent en lumière, à côté des faits connus, les observations originales des auteurs.

Avant d'analyser ces deux ouvrages, nous sera-t-il permis de hasarder une critique? Il s'agit de notre part, d'une revendication de priorité pour la description de quelques symptômes.

Entre autres, les accidents cardiaques dus à des troubles de l'innervation ont été décrits et interprétés par nous (2) avant M. le Dr Huchard, et l'éminent médecin de l'hôpital Bichat a reconnu la justesse de notre réclamation. L'origine nerveuse des complications pulmonaires et abdominales a été soutenue par nous avant que d'autres aient bénéficié de cette hypothèse. La description de la fièvre dans la forme traînante de la grippe a été faite par nous, bien avant M. Laveran, à qui M. Villard l'attribue (p. 21). Sous le nom de grippe prolongée, nous avions donné une étude complète de cette dernière forme fébrile.

Si MM. Villard et Grasset avaient eu connaissance de notre premier mémoire sur la grippe, nous ne doutons pas qu'ils nous auraient rendu justice en citant notre nom (3).

(1) La grippe endémique et la grippe européenne. — Mémoire présenté à l'Académie de médecine, juin 1890.

(2) La grippe infectieuse à Oyonnax, Doin, 1889, p. 30.

(3) Depuis la rédaction de cet article, M. le professeur Villard nous a exprimé dans une lettre fort aimable, tous ses regrets de ne pas avoir connu notre mémoire sur la grippe.

L'ouvrage de M. Villard est divisé en sept leçons, traitant des formes de la grippe (deux leçons), de l'influence de la grippe sur les maladies préexistantes et intercurrentes, du diagnostic, de la marche générale de l'épidémie et du traitement de la pneumonie grippale et de la grippe infantile.

Certaines assertions méritent d'être relevées.

Telle, la rareté de l'albuminurie dans les formes communes de la grippe (p. 19). Plus favorisé que le professeur de Marseille, nous avons rencontré des urines albumineuses au cours de grippes toutes bénignes.

Là où nous partageons l'avis de M. Villard c'est quand il parle de la tuméfaction du foie et de la rate qu'il considère comme exceptionnelle (p. 38). Nous avions déjà autrefois fait de cette rareté de la tuméfaction splénique dans la grippe, un signe de diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde.

Dans le chapitre qui traite de l'influence de la grippe sur les maladies préexistantes, nous remarquons l'observation curieuse d'un malade de 36 ans (p. 54). Atteint de goitre exophtalmique, il a présenté dans la convalescence de la grippe, une paralysie passagère des deux jambes.

L'influence de la grippe sur la tuberculose donne naissance à cette opinion originale : que la grippe aggrave la tuberculose non à son début, mais seulement à la période de ramollissement (p. 47).

Ajoutons que, pour M. Villard, les douleurs rhumatismales sont réveillées par la grippe et que la glucosurie est aggravée par elle (p. 60).

Au chapitre du diagnostic, l'auteur admet l'identité de la dengue et de la grippe, la dengue n'étant qu'une grippe modifiée par son éclosion dans les pays chauds (p. 63).

Telle est également la conclusion à laquelle se rallie le professeur Grasset. « La dengue dit-il, serait la grippe des pays chauds et la grippe serait la dengue des régions septentrionales » (p. 54).

Au sujet de cette question de la grippe et de la dengue qui a si fort passionné le monde scientifique, nous croyons utile de rappeler que le premier, alors que personne n'y songeait encore, nous avons donné les signes de diagnostic différentiel entre la grippe et la dengue (p. 72 de notre mémoire). La fréquence des symptômes thoraciques et la rareté des érythèmes dans la grippe étaient les bases sur lesquelles nous avons établi la différenciation des deux maladies.

M. Grasset pense que le diagnostic de la grippe est en général facile. Nous ne sommes pas de cet avis et avons publié des observations où la grippe se distinguait difficilement d'une fièvre typhoïde et d'une pneumonie.

Ainsi que M. Villard, M. Grasset admet la contagiosité extrême de la grippe.

Le tableau des localisations respiratoires est peint de main de maître par le professeur de Montpellier.

La rudesse de la respiration coïncidant avec la diminution du murmure vésiculaire, il la considère comme l'indice initial, presque pathognomonique de la congestion pulmonaire (p. 66). Il décrit la fluxion de poitrine. Cette entité morbide jouit en effet d'une existence indépendante. Ce n'est pas la broncho-pneumonie limitée aux bronches et au poumon; la fluxion de poitrine se présente avec un mélange de congestion de splénisation, d'hépatisation, de pleurésie, toutes lésions mobiles et disséminées (p. 73), pouvant s'étendre à tous les organes contenus dans le thorax.

MM. Villard et Grasset émettent sur la pneumonie grippale

des opinions identiques. Pour tous d'eux, la pneumonie et la grippe sont des affections distinctes, la seconde préparant un terrain favorable à l'invasion de la première c'est-à-dire au pneumocoque.

M. Grasset a été frappé par le nombre de rhumatismes accompagnant l'épidémie de grippe, et il se demande si l'on ne pourrait voir dans ces deux actes morbides les manifestations diverses d'une même constitution épidémique (p. 92). La coexistence de ces deux maladies ne s'est pas révélée à nos recherches.

Le traitement de la grippe est basé sur les indications.

Les vomitifs, les purgatifs, l'antipyrine, la caféine, etc. ont été administrés. M. Villard se loue des badigeonnages de cocaïne répétés plusieurs fois par jour et aussi bas que possible dans l'arrière-gorge pour combattre certaines toux rauques et quinteuses déterminant des phénomènes pénibles du côté de la gorge et du larynx (p. 122). Le professeur de Marseille réserve la quinine aux accès fébriles intermittents (p. 127).

C'est il nous semble, bien restreindre les indications de ce médicament qui produit moins une action antipyrétique, qu'il n'amène une diminution de la désintégration organique (Robin). De plus, l'action vaso-constrictive de la quinine dans une maladie comme la grippe où les paralysies vaso-motrices sont ainsi que nous l'avons démontré à peu près constantes, cette seconde action n'est pas à dédaigner.

M. Grasset a fait fréquemment usage de l'association de l'antipyrine à l'aconit, ce dernier médicament agissant comme sédatif du système nerveux et modificateur de la muqueuse bronchique.

L'infusion d'ipéca a été ordonnée, dans la fluxion de poitrine catarrhale, suivant la formule :

Ipéca concassé...................... 2 gr.
Ecorces oranges amères............. 4 gr.
Eau.................................. 100 gr.

Faire bouillir jusqu'à réduction à 90 grammes.
Laisser infuser, filtrer.
Ajouter : sirop de polygala ou fl. oranger 30 gr.
Une cuillerée à bouche toutes les 2 heures.

Cette potion, dit M. Grasset est généralement bien supportée et ne détermine, quand l'indication est formelle, ni vomissement, ni diarrhée.

Les alcooliques ont été fréquemment prescrits. M. Villard les réserve au déclin de la maladie, craignant que leur administration trop hâtive ne provoque de l'agitation (p. 126).

En résumé, les deux ouvrages de MM. Villard et Grasset constituent d'excellentes leçons cliniques dont élèves et praticiens tireront également profit. Nous les avons lues avec le plus vif intérêt.

FIESSINGER.

LEÇONS SUR LES MALADIES DU LARYNX, faites à la Faculté de médecine de Bordeaux, par M. le Dr E.-J. MOURE, professeur libre de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Paris, O. Doin, 1890.

*Les leçons sur les maladies du larynx* que vient de publier le Dr E.-J. Moure forment un des traités les plus complets que possède notre littérature médicale sur les affections de l'organe vocal. Comme l'indique le titre, l'ouvrage est divisé en leçons dont quelques-unes très importantes tiennent plusieurs chapitres. Chaque leçon est précédée d'un sommaire qui facilite et hâte les recherches.

Un exposé rapide sur l'*importance*, les *progrès* et les *applications* de la laryngologie forme la première partie de l'ouvrage. Quelques chapitres sont ensuite consacrés aux affections liées *aux troubles de la circulation: anémie, congestion hémorragies*.

Puis, l'auteur passe en revue toutes les maladies consécutives aux *inflammations aiguës ou chroniques* de la muqueuse laryngée admettant l'existence de désordres musculaires particuliers, sur lesquels on a peu on pas insisté jusqu'à ce jour. Il décrit ensuite l'*épiglottite*, *le faux croup*, la *laryngite œdémateuse aiguë*, les *abcès* du larynx.

La *pharyngo-laryngite sèche ou ozène laryngé* est l'objet d'une étude spéciale et approfondie portant principalement sur la pathogénie et sur le traitement de cette affection. Signalons aussi, tout particulièrement, les leçons sur la *laryngite tuberculeuse* et sur la *syphilis laryngée*.

Acceptant les idées nouvelles sur la scrofule, l'auteur considère et décrit le *lupus du larynx* comme une forme de laryngite tuberculeuse à bacilles rares.

L'étude des *affections neuro-musculaires du larynx* repose sur les dernières découvertes de la physiologie. Elles sont divisées en névroses de la *sensibilité* et névroses du *mouvement*. Dans les chapitres qui traitent des *paralysies des muscles constricteurs* et des *muscles dilatateurs*, *des spasmes du larynx*, le lecteur trouvera des idées absolument nouvelles et de savantes discussions sur l'existence d'un centre cortical.

Nous avons le regret de ne pouvoir analyser longuement les leçons sur les *tumeurs bénignes ou malignes du larynx* qui forment la partie la plus importante de l'ouvrage et, à notre avis, la plus remarquablement traitée. Dans la discussion sur le diagnostic, le traitement, les différentes indications opératoires et sur la conduite que doit tenir le chirurgien, l'auteur révèle ses qualités de clinicien.

Les *plaies*, les *fractures*, les *corps étrangers du larynx* et les *complications laryngées des fièvres éruptives* terminent l'ouvrage de M. Moure.

Ce livre, illustré de plusieurs figures qui rendent plus compréhensible l'étude de certaines affections, se recommande par la clarté et par la concision du style. L'auteur a volontairement passé sous silence les détails que l'on rencontre généralement dans les ouvrages de cette importance, et n'a admis que les opinions basées sur l'observation des malades et des faits, voulant, avant tout, faire un livre utile et pratique. Le but est pleinement atteint, les praticiens trouveront en effet dans cet ouvrage des indications thérapeutiques précieuses, de nombreuses formules, en un mot tous les renseignements dont ils pourront avoir besoin pour traiter *utilement* les différentes affections de l'organe vocal.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE A L'USAGE DES ASSURANCES SUR LA VIE, par le Dr Ernest MÂREAU. Un vol. in-18, Paris, Doin, 1890.

Depuis quelques années les assurances sur la vie ont pris une grande extension et tendent de plus en plus à entrer dans les mœurs. De nombreux médecins sont appelés à donner leur appréciation sur l'état de santé des proposants, et. comme le fait remarquer M. Varmot dans la préface du livre, cette tâche est très difficile et très délicate. Il s'agit non seulement de faire un examen complet, minutieux de la personne à assurer, des antécédents héréditaires et morbides, de l'hygiène, etc., mais lorsque cet examen est terminé, et quelquefois la tendance du proposant à la dissimulation le rend très ardu, il faut conclure, porter un pronostic et en tirer le plus exactement possible les conséquences au point de vue de la longévité du sujet. Cette partie de l'expertise, qui présente souvent de sérieuses difficultés, doit être remplie par le méde-

cin avec beaucoup de prudence et de sagesse, car sa responsabilité est engagée non seulement vis-à-vis de la Compagnie qui assure, mais aussi vis-à-vis du proposant. Le dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie a pour but de faciliter cette tâche de l'expert. M. Mâreau l'a fait avec talent et avec l'expérience que lui donne sa pratique de médecin-expert de Compagnies d'assurances.

L'auteur débute par une introduction dans laquelle il expose les devoirs de l'expert, la façon dont il doit procéder à l'examen, les précautions dont il doit s'entourer pour ne laisser échapper aucun renseignement utile et pour lutter contre la dissimulation possible du proposant. Cette introduction sera lue avec beaucoup de fruit par les médecins chargés d'une expertise. Il passe ensuite à l'étude des différents états morbides que pour la facilité des recherches il a présentés par ordre alphabétique. Quelques affections ne présentant aucune difficulté au point de vue du pronostic sont simplement suivies de la note: *à recevoir* (impétigo, kéloïde, molluscum, etc.) ou *à refuser* (entérotomie. farcin chronique, psoïtis, etc.), mais c'est l'exception. Le plus souvent l'annotation *à recevoir* ou *à refuser* est suivie d'observations qui l'expliquent, l'aggravent ou l'atténuent. Enfin le plus grand nombre des affections nécessitent de longs développements, car suivant leur forme, leur intensité, leur durée, l'âge ou les antécédents héréditaires du sujet, etc., elles peuvent permettre l'admission du proposant ou entraîner le refus. L'arthritisme, le diabète, les dyspepsies, le rhumatisme, la scrofulose, la syphilis, etc., pour ne citer que quelques exemples, sont dans ce cas. L'auteur étudie avec soin les différentes conditions dans lesquelles les proposants atteints de ces affections peuvent être reçus sans réserve, reçus avec réserve ou refusés. Des observations détaillées qui suivent les appréciations rappellent les principaux symptômes de ces affections, ceux sur lesquels l'attention doit être fixée, la façon de les reconnaître, les complications possibles, etc.

En somme ce livre répond à un besoin et sera d'une grande utilité aux experts dans les assurances sur la vie. Il remplira certainement le but que s'est proposé l'auteur et qu'il exprime ainsi dans sa préface: « Nous espérons qu'il pourra donner d'utiles renseignements aux jeunes médecins et qu'il servira parfois d'aide-mémoire aux praticiens plus âgés. »

D...

### REVUE DES THÈSES

Le Morphinisme, par le Dr G. Pichon, chef de clinique de la Faculté de Paris. — O. Doin, 1890.

Au moment où ce fléau récent, le morphinisme, fait avec rapidité son invasion dans notre pays, le livre de M. Pichon est intéressant à lire pour le médecin comme pour l'homme du monde. Il est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur décrit le morphinisme au point de vue clinique, passant en revue ses causes et ses symptômes; il étudie, avec l'expérience de quelqu'un qui en a beaucoup vu, les morphinomanes d'habitude qui s'intoxiquent lentement et passent peu à peu par toutes les phases de la maladie, en présentant des troubles fonctionnels des divers appareils organiques. Les phénomènes qui sont liés à l'intoxication aiguë, ceux que produit la suppression brusque ou lente de la morphine, et surtout le traitement dont a besoin le morphinomane qui veut guérir, sont présentés à la fin de cette première partie. M. Pichon conseille avec raison, l'internement des morphinomanes dans une maison de santé ou dans un asile; c'est là le seul moyen de les surveiller et de les guérir, en procédant à la suppression lente de la morphine. La deuxième partie, intéressante surtout pour les aliénistes, est consacrée à une étude psychologique et médico-légale de la morphinomanie, et la troisième à toutes les questions de déontologie médicale, parfois si délicates, que peut avoir à résoudre le médecin qui se trouve appelé auprès d'un de ces malades.

La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, par le Dr Constantin Schmitt. — O. Doin, 1890.

L'auteur, directeur d'une maison de santé où il soigne des morphinomanes, expose dans cette brochure les méthodes qu'il emploie pour les traiter, soins médicaux et soins moraux. Il préconise la suppression lente et la substitution au morphinisme du cocaïnisme, plus facile à guérir. Il donne sur le morphinisme à Paris des détails tout à fait fantaisistes empruntés aux journaux politiques allemands et qu'excusent seules la crédulité et la nationalité de l'auteur.

Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par Jules Falret. Paris, 1890. J.-B. Baillère.

Ce livre contient une série de publications faites à différentes époques par M. Falret, sur des questions de médecine mentale: Recherches sur les paralysies générales, étude de la catalepsie, théories physiologiques de l'épilepsie et état mental des épileptiques, troubles du langage dans les affections cérébrales, et enfin monographie de la folie raisonnante et de la folie circulaire. Ces différents travaux montrent l'étendue de l'œuvre si considérable de M. Falret et l'intérêt que présente la lecture de ce volume.

Étude de psycho-physiologie (échomatisme, zoandrie, échokinésie, écholalie), par le Dr Sigaud. Lyon, 1890.

Ce travail a pour point de départ l'observation suivante: Une femme surprise dans les champs par un énorme serpent qui se dressa tout à coup devant elle, tomba sans connaissance, terrifiée. Au bout de peu de temps elle put rentrer chez elle, mais depuis l'image du serpent ne cessa de hanter ses souvenirs; elle croit que le serpent lui frôle le cou, lui siffle aux oreilles. Enfin au bout d'un mois elle se mit à exécuter avec le tronc des mouvements de reptation, à projeter le cou et la langue en avant, devenant une véritable femme-serpent. C'est là une intéressante observation de zoandrie d'origine échokinésique; l'auteur la fait suivre d'une analyse très approfondie des phénomènes cérébraux qui donnent naissance aux faits de ce genre et d'une étude complète de l'imitation morbide ou échomatisme. C'est un travail qui sera lu avec plaisir par tous ceux qui s'intéressent à l'étude de la genèse des actes cérébraux.

Georges Lemoine.

## BULLETIN

### DES VOIES DE PÉNÉTRATION DU VIRUS TUBERCULEUX.

Dans une revue générale publiée par la *Gazette médicale* en 1888, nous avons déjà entretenu nos lecteurs des voies de pénétration du bacille tuberculeux, des portes d'entrée de la tuberculose. Une communication récente, faite au Congrès de Berlin par Bollinger, nous ramène de nouveau sur ce sujet d'ailleurs toujours plein d'actualité.

De toutes les parties du corps, la peau est celle qui présente le plus de résistance à l'effraction tuberculeuse. Nous avons dans le revêtement externe de notre organisme, une barrière efficace, et malgré les contacts journaliers avec les matières

tuberculeuses, l'envahissement ne se fait pas, ou ne se fait que rarement. Dans ce dernier cas, on a affaire à la tuberculose cutanée, sous toutes ses formes (lupus, scrofulides, tubercules anatomiques, verrues tuberculeuses, etc.), qui se caractérise par une marche chronique sans généralisation habituelle, avec tendance à la guérison spontanée.

Il n'en est pas de même des muqueuses aériennes supérieures, et annexes, qui, elles au contraire, se laissent facilement pénétrer par le bacille tuberculeux. Toutes les inflammations, si communes dans le jeune âge, — angines, conjonctivites, rhinites, blépharites, otites, etc., — doivent être considérées comme des conditions d'à propos pour l'infection tuberculeuse. Partie des muqueuses saines ou altérées, elle envahit les ganglions où elle se localise d'abord provisoirement.

Mais de tous les tissus qui semblent plus ou moins favorables à l'éclosion de la tuberculose, le poumon, et surtout le sommet du poumon, tient certainement la première place. Tout a été dit, en France ou ailleurs, sur les raisons qui font du sommet du poumon le terrain de prédilection de la tuberculose. Il est certain que, comme l'a montré M. Peter, le sommet du poumon, de par ses fonctions moins actives dans l'acte respiratoire, constitue un lieu de moindre résistance, à irrigation sanguine moins riche et à vitalité par conséquent amoindrie.

A côté de cette condition anatomo-physiologique, bien certaine et bien établie, il faut également faire entrer en ligne de compte l'aération insuffisante de cette partie de l'arbre respiratoire. Les échanges gazeux sont moins actifs là qu'ailleurs, la composition chimique des gaz y diffère probablement par une plus grande quantité d'acide carbonique, et une diminution de l'oxygène. Or, on sait l'influence que ce dernier gaz peut exercer sur la vitalité des organismes inférieurs.

Il y a donc des conditions anatomiques et chimiques qui font du sommet du poumon le lien de prédilection par excellence où s'installent les productions tuberculeuses. Si on y ajoute que la voie aérienne est une des voies de pénétration par excellence du bacille de Koch pour envahir nos tissus, nous aurons une quantité suffisante de faits pour nous rendre compte des raisons pourquoi la tuberculose pulmonaire est la plus fréquente d'entre les tuberculoses.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que la muqueuse bronchique n'est pas la seule porte de pénétration pulmonaire, et que les cas de tuberculose du poumon, consécutive à des tuberculoses d'autres organes plus ou moins éloignés, sont nombreux.

Le professeur de Munich, à propos de la tuberculose du testicule, n'invoque que l'infection hématique plus ou moins latente jusque-là. Il est certain que, — chez les enfants en particulier, — la tuberculose testiculaire ne peut guère s'expliquer autrement. Mais n'est-il que ce mode d'infection testiculaire? Les recherches pleines d'intérêt, qui ont été faites en France, dans le sens de l'infection génitale, par M. Fernet, s'appuient déjà sur un nombre de faits suffisants pour que cette idée soit prise en sérieuse considération.

La tuberculose du tube digestif est, d'après Bollinger, presque toujours le résultat d'une auto-infection, les phthisiques avalant leurs crachats. Cette manière de voir, si elle était admise, diminuerait dans de sensibles proportions, la crainte des éclosions tuberculeuses, à la suite d'ingestion d'aliments, de lait en particulier, pouvant contenir des germes tuberculeux. Cependant, il est reconnu que la péritonite tuberculeuse est surtout fréquente chez les enfants, et ce, en dehors de toute tuberculose pulmonaire, qui, quand elle survient, se montre comme complication secondaire. Or, si l'on songe au nombre considérable de phthisiques adultes, qui sont à même d'avaler leurs crachats, on est bien forcé d'admettre que l'origine de la tuberculose du péritoine a peut-être, plus souvent qu'on ne le croit, une origine alimentaire. Il en est de même de l'origine utérine et périutérine de certaines pelvipéritonites tuberculeuses.

M. Bollinger termine sa communication par une classification curieuse et intéressante des prédispositions individuelles, et des prédispositions des différents organes chez un même individu.

Parmi les premières, nous trouvons l'espèce humaine et l'hérédité, et parmi les secondes, nous avons par ordre décroissant : le poumon, les ganglions lymphatiques, la muqueuse intestinale, les séreuses, le larynx, la rate, les articulations, les os, la face, les reins, les organes génitaux, la peau, le cerveau et la moelle, enfin, en dernier échelon, les muscles qui semblent jouir d'une immunité presque complète.

H. Barbier.

## NOTES ET INFORMATIONS

### LE CHOLÉRA.

L'épidémie ne diminue pas en Espagne et s'étend de plus en plus. Quelques cas de choléra se seraient produits à Madrid, ce qui est certain, c'est que le ministre des travaux publics est parti de Saint-Sébastien pour Madrid où l'état sanitaire cause une certaine préoccupation.

A Valence, elle reste stationnaire; et ce qui appelle l'attention, c'est peut-être moins le nombre des invasions que celui des décès. Lors du choléra de 1885 qui fit 105,000 victimes, la mortalité était de 30 0/0. Cette année, elle dépasse partout 50 0/0 et a atteint dans quelques localités le chiffre énorme de 75 0/0, notamment dans un village des environs de Tolède, où médecin, curé, alguazil, tout le monde a péri et où l'alcade a dû se faire fossoyeur pour enterrer son propre fils. Aussi, la population, frappée de cette impuissance de la thérapeutique, s'en prend aux médecins, et, à Valence même, ceux-ci sont obligés de se faire accompagner par la force publique sans que pour cela ils arrivent toujours à éviter les coups de pierre.

C'est ainsi qu'on signale certaines communes des provinces contaminées par le choléra où les médecins ne peuvent que fort difficilement remplir leurs devoirs professionnels. Ils en sont empêchés par les populations affolées, qui les chassent.

— Les nouvelles de l'Asie mineure et d'Egypte sembleraient moins mauvaises. Le nombre des décès parmi les pèlerins aurait sensiblement diminué. Nous donnons cependant, à titre de renseignement à nos lecteurs, les nouvelles qui nous sont parvenues et qui indiquent de ci de là l'existence de foyers suspects.

*Afrique.* — A la date du 24 août, une dépêche de Durban annonce que le vapeur « Congella » rapatriant des immigrés de Madras, arrivé lundi 18 août, a eu huit passagers qui sont morts à bord de la diarrhée.

Six autres ont été atteints après le débarquement, et l'un d'eux est mort. La commission d'enquête a déclaré que cet individu avait succombé au choléra.

A la suite de cette constatation les immigrés ont été isolés. Aucun nouveau décès ne s'est produit depuis mardi.

— Les autorités sanitaires du Cap ont déclaré le port de Natal infecté.

D'autre part on mande du Caire qu'un second poste de quarantaine a été établi à Rasmallag dans le golfe de Suez.

*Chine et Japon.* — Des nouvelles reçues de la Chine et du Japon portent que le choléra fait de grands ravages dans ces contrées. On y compte près de 4,000 décès.

L'incurie des autorités permet à la maladie de s'étendre à l'intérieur. Nagasaki est le centre de l'épidémie, et Yokohama, Tokio, Shanghaï et Kobe on été déjà sérieusement éprouvées.

*Allemagne.* — La « Gazette de la Croix » signale plusieurs décès suspects et présentant les symptômes du choléra, qui auraient été constatés dans des villages du cercle d'Ohlau en Silésie. Les autorités font appliquer les mesures édictées par la loi du 14 juillet 1884.

*
* *

— Signalons une curieuse application de l'antisepsie intestinale à l'apiculture :

Un apiculteur de Lyon vient d'utiliser le naphtol pour détruire les bactéries qui se développent dans l'intestin des abeilles et provoquent l'épizootie connue sous le nom de « la loque ». On dissout 33 centigrammes de naphtol dans un litre de sirop de sucre et on ajoute 1 gramme d'alcool pour faciliter la dissolution.

Au printemps, avant la ponte, on fait absorber ce sirop aux abeilles et, le plus souvent, on arrête ainsi l'épidémie si meurtrière qui dépeuple les ruches.

## NOUVELLES

— Le comité consultatif d'hygiène de France s'est réuni cette semaine, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Proust a fait au comité diverses communications.

Il a fait connaître que, le Dr Hamilton, chirurgien général des États-Unis, devait venir en Europe, à l'effet d'établir, auprès des consuls américains, des médecins ayant pour mission d'examiner les émigrants et d'empêcher l'embarquement des personnes atteintes d'infirmités ou de maladies contagieuses.

Après avoir parlé de l'épidémie de choléra qui sévit à la Mecque M. Proust a rendu compte de l'inspection qu'il vient de faire personnellement à la frontière franco-espagnole où il a pu constater le très bon fonctionnement des postes sanitaires.

Sur la demande de M. Proust, le comité a voté des remerciements à tous ceux qui prennent part à ces services : médecins, commissaires spéciaux, agents des douanes, agents des chemins de fer.

Des remerciements particuliers sont adressés aux étudiants qui ont répondu spontanément à l'appel qui leur a été fait, et qui ont délaissé leurs travaux et leurs foyers pour venir s'enfermer dans des postes isolés, où ils savaient pouvoir être utiles.

*Une Université à Nancy.* — Le Conseil général de la Meuse vient d'émettre un vœu en faveur de la création d'une Université à Nancy.

— Le Conseil supérieur d'hygiène, invité par le ministre de l'intérieur à examiner la proposition du gouvernement italien relatif à la reconstitution de la Commission sanitaire internationale en Égypte (*Gaz. Méd.* 1890, p. 407), vient d'émettre un avis favorable.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. de Ranse.

Paris, — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Broussais. — M. le Dr Barth.

### De l'épistaxis dans le mal de Bright.

Leçon recueillie par M. Faure Miller, interne du service.

Parmi les épisodes si variés du mal de Bright, il en est quelques-uns qui offrent une importance considérable tant au point de vue du diagnostic que du pronostic, et de ceux-là l'épistaxis est un des plus sérieux et des plus intéressants. Ce n'est pas qu'elle soit un phénomène tout à fait ordinaire dans cette maladie, mais elle se présente assez fréquemment pour attirer notre attention et devenir de notre part l'objet d'une étude approfondie.

Notre conférence va justement porter sur la valeur séméiologique de l'épistaxis dans le mal de Bright ; elle nous est inspirée par l'apparition de cet accident sur celui de nos malades qui occupe le n° 19 de la salle Delpech et dont nous suivons l'observation depuis quelques jours.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, d'un tempérament vigoureux, d'une constitution robuste ; jusqu'à l'apparition des phénomènes actuels, il a joui toujours d'une santé excellente, sauf quelques manifestations rhumatismales qui ne l'ont d'ailleurs pas touché outre mesure ; mais il avoue aussi s'être livré autrefois à des excès alcooliques qui sont l'origine probable de l'artério-sclérose dont il est affecté.

En réalité les premiers troubles qu'il ait remarqués remontent assez loin ; si nous l'interrogeons avec soin, il nous apprend que depuis deux ou trois ans il se sent la respiration courte au moindre effort et s'il continue à travailler, la dyspnée augmente et l'oblige à abandonner son occupation ; s'il monte un escalier, il est forcé de s'arrêter à chaque étage parce que l'air lui manque et qu'apparaissent de violentes palpitations. Ces accidents. loin de céder aux quelques soins qu'il a pu prendre, ne faisant qu'augmenter, notre homme se décide à entrer à l'hôpital où il est admis dans le service.

L'ensemble des symptômes que nous constatons alors nous fait porter le diagnostic d'une néphrite interstitielle arrivée à une phase déjà avancée ; le facies est jaunâtre et blafard ; les paupières sont le siège d'une bouffissure assez prononcée, ce qui nous suggère l'idée d'albuminurie ; la gêne respiratoire à la marche, à l'effort s'accuse plus fortement aujourd'ui qu'autrefois ; il a la sensation d'une pesanteur pénible à la région précordiale, et les palpitations apparaissent vite par suite d'un exercice quelque peu prolongé. La nuit, le malade est forcé de se relever à plusieurs reprises pour uriner et chaque fois il urine abondamment. Il a eu autrefois un peu d'œdème périmalléolaire, aujourd'hui l'on n'en peut déceler aucune trace.

L'hypertrophie cardiaque existe aisée à découvrir ; la matité qu'elle produit est très étendue ; la pointe bat au niveau de la sixième côte à trois centimètres en dehors de la ligne mammaire et le choc précordial est intense ; l'on retrouve, très net, le triple bruit de Potain, ou bruit de galop, symptôme spécial à l'hypertrophie d'origine rénale, et caractérisée, vous le savez, par le redoublement du premier bruit. Il s'entend, comme c'est la règle ordinaire, dans la région de la base,

## FEUILLETON

CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE.

*(Etudes trimestrielles).*

*(Suite et fin).* (1).

III

Eh bien ! pour ces dévoués à des combats sans musique et sans cette trompette que la Renommée possède sur toutes les pendules, duels sans procès-verbaux publiés dans les journaux du soir, presque sans témoins, l'expansion coloniale ne paraît pas avoir amené l'expansion des cadres.

Absolument comme pour l'armée de terre (où l'on a créé des corps de troupe en particulier les régiments d'infanterie de 145 à 163 sans créer les médecins nécessaires), pour ces sacrifiés aux lointains rivages, l'avancement est lent.

Leur ancienneté s'élève à dix ans pour les principaux, à douze pour les médecins de 1re classe ; elle est encore de six pour ceux de 2e dont près de la moitié (101) est au service de ladite expansion coloniale.

***

Ah ! sans doute, c'est une satisfaction d'amour-propre pour eux que d'apprendre à nos antipodes, la création de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux. Une espèce de *Borda* médical.

Encore, faut-il pour recruter des élèves à cette école faire montre de séductions plus solides et d'avantages contractuels plus dotaux.

Bordeaux vient en effet de l'emporter, après des prises et reprises où les deux adversaires ont fait les plus louables efforts pour rouler « l'autre » sur l'arène ministérielle.

La Faculté de Bordeaux a eu le dessus bien que ses lutteurs officiels n'aient pu s'oindre d'une huile aussi manifestement vierge et d'olive que les tenants de Marseille, plus favorisés par les produits de leurs bastides. Aussi y pousse-t-on les hauts cris par toutes les bouches du Rhône et en dernières nouvelles, cet indomptable Marseille, toujours jeune, vient à propos de Faculté de défier Montpellier « sur la sciure » pour sa revanche.

(1) Voir les numéros 34 et 35.

vers le bord gauche du sternum au niveau du second espace intercostal tout près du mamelon. Ce n'est pas le seul phénomène morbide qui vous frappera, vous percevrez aussi des signes d'insuffisance aortique ; il existe à la base du cœur, au lieu d'auscultation des bruits aortiques, un souffle doux, aspiratif, en jet de vapeur se propageant le long du bord gauche du sternum vers l'appendice xiphoïde. Cette insuffisance aortique n'appartient pas en propre à la néphrite interstitielle; ce n'est pas un phénomène qui lui soit ordinaire, mais on l'y retrouve encore assez souvent; et cela n'a rien qui doive surprendre si l'on réfléchit que l'une et l'autre manifestation sont dues à la même cause, l'artério-sclérose, qui s'est portée à la fois sur le tissu conjonctif du rein, et sur les parois vasculaires, les valvules sygmoïdes de l'aorte ayant été intéressées comme le reste. Vous voyez donc que si on ne constate pas toutes les fois la dilatation aortique dans la néphrite interstitielle, l'on a au moins de bonnes raisons pour l'y rencontrer, et de fait, elle coïncide, vous ai-je dit assez souvent, avec les lésions du rein.

Les urines revêtent les caractères qu'elle a habituellement dans ces cas; elles sont très abondantes et montent à plusieurs litres; il y a polyurie. Elles sont pâles et claires, de réaction aicde et leur densité est affaiblie. A l'entrée, nous n'avons trouvé d'albumine ni par l'acide nitrique, ni par le réactif d'Esbasch; mais dans la néphrite interstitielle chronique, dans le petit rein contracté, avec cœur hypertrophié, l'albumine est toujours en faible quantité, et même elle n'est ni constante ni nécessaire; quelquefois l'évolution entière de la lésion peut se faire sans que l'on puisse la déceler par l'analyse chimique. Le diagnostic n'en est pas moins aisé la plupart du temps par suite de la présence de tous les autres symptômes; de plus, en répétant les recherches, il arrivera un jour que vous en trouverez de très faibles quantités; mais il est bon de savoir que la lésion s'étend alors davantage et qu'il y a lieu de tenir le malade en une observation plus sévère.

Quelques troubles nerveux se sont manifestés; il existe, le matin, surtout un peu de céphalée, parfois même des vertiges légers; mais notre patient n'en a pas assez souffert pour que son attention y fût arrêtée plus que de raison. Il y a peu de chose du côté du poumon, quelques râles rares de bronchite, le tout sans gravité; l'on ne peut constater aucun œdème périphérique.

Tel était l'état du malade à l'entrée; il nous semblait mériter plus de repos qu'autre chose, et l'urémie ne menaçant point, nous nous sommes contentés de lui ordonner un régime alimentaire normal accompagné de lait, mais sans vin. Nous y avons adjoint une potion avec un gramme d'iodure de potassium.

Au bout de quelques jours le mieux était manifeste; les phénomènes que nous avons signalés s'étaient dissipés ou amendés; enfin tout semblait dans la bonne voie, sauf un accident sans relation avec la néphrite arrivé un matin; dans une de ses promenades, notre homme avait subi l'action du froid, et il en était résulté du côté droit une paralysie faciale à caractères nettement périphériques.

Mais il y a quatre ou cinq jours, après un écart de régime, il se produisit une indigestion, et à sa suite, apparurent des phénomènes plus accusés d'intoxication; la céphalée devint plus intense, accompagnée d'une sensation pénible de pesanteur et de somnolence; et la nuit suivante, en se mouchant, le malade constata des stries sanglantes dans son mouchoir; mais ce phénomène ne l'étonna point, car jusqu'à l'âge de 40 ans, il avait été sujet aux épistaxis; l'écoulement de sang lui semblait alors naturel, sans gravité, et cessait rapidement de lui-même. Le besoin de se moucher continuant à se faire sentir, il répéta cet acte plusieurs fois, et à chaque reprise, le sang augmentait de quantité en sorte que très rapidement, l'écoulement prit le caractère d'une véritable hémorrhagie qui nécessita l'intervention médicale. L'on se servit alors de plusieurs moyens successifs; les badigeonnages locaux de chlorhydrate de cocaïne, qui réussissent parfois n'eurent aucun effet, non plus que l'application d'eau vinaigrée ou chargée de divers hémostatiques; l'hémorrhagie ne s'arrêta que par l'application d'un tampon antérieur; elle avait duré quatre heures du moment que le malade s'était aperçu pour la première fois de la présence du sang dans son mouchoir; il avait perdu près de deux litres de sang, ce qui constitue une épistaxis d'une extrême abondance. L'arrêt de l'écoulement se maintint dans la journée; il n'y eut plus perte hématique par les fosses nasales; mais le malade vomit à plusieurs reprises du sang altéré qu'il avait dégluti.

Nous avons immédiatement modifié le traitement afin de prévenir l'épistaxis si nous le pouvions; nous avons ordonné le régime lacté intégral, un large lavement purgatif pour pro-

---

Mais, ce litige, non militaire, est du ressort de nos distingués collaborateurs du journal.

Bordeaux a été choisi à l'unanimité par le Conseil d'amirauté du 13 juin, précisément par cette raison que nous plaidions naguère, sa position centrale par rapport aux vieilles et respectables écoles de port. Ces écoles elles-mêmes sont maintenues, ainsi que nous le demandions; elles ont un personnel global de 30 professeurs dont 3 d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants complément d'études obligatoire, mais dont la pratique navale doit présenter, vraisemblablement, de la morte saison et du chômage.

***

Cependant, ces professeurs de gynécologie navale nous paraissent plus indiqués que le professeur de français et de législation dont on veut doter l'Ecole de Vincennes. Sans doute c'est là de l'administratif pur, mais l'Intendance a si souvent fait œuvre de médecine et même autrefois présidé, sans broncher, des concours médicaux au Val-de-Grâce, je parle de longtemps, qu'on peut se aisser aller à faire de l'intendance à son Ecole. La chaire de législation passe encore, il y a les Delaperrière, de la Bollardière et autres intendants légistes qui ont écrit là-dessus ce qu'on appelle respectueusement en librairie de forts volumes in-8°.

Mais les élèves de Vincennes sont assez sérieusement sélectés puisque sur 250 concurrents il n'y a que 101 admissibles et 41 admis pour ne pas avoir besoin de leçon de français. Il nous semble qu'au point de vue du budget, ce professeur à deux fins est un abus en fait et qu'il vaudrait mieux le licencier en droit.

***

De la pharmacie à l'intendance dont elle est quelque peu « la nièce » il y a air de famille, ce sont deux armes en décadence et périclitement leurs grands magasins sont fort attaqués.

Voilà que les vétérinaires eux-mêmes prennent les pharmaciens militaires à leur collet vert et nient la supériorité scientifique de tant de colonels et lieutenants-colonels de laboratoire.

Le projet de loi de M. Pajot, député du Cher, considère en plusieurs considérants que pour 460 vétérinaires, il y a 10 officiers supérieurs et pour 460 pharmaciens 141.

Que cette supériorité de supérieurs ne s'explique pas par une supériorité d'études les vétérinaires faisant quatre années d'études toujours supérieures, et les pharmaciens, trois seulement.

duire la suée intestinale; nous avons supprimé l'iodure de potassium, qui, ainsi que vous le savez, congestioune facilement les muqueuses et qui, dans le cas actuel, eût favorisé l'issue du sang; nous l'avons remplacé par quatre grammes de bromure de sodium.

Actuellement notre malade se sent beaucoup mieux; il a éprouvé, dit-il, un grand soulagement, et il est possible que ce soulagement puisse être attribué à la saignée qu'il a subie. Le pouls si fortement tendu il y a quelques jours est devenu moins dur; le bruit de galop a perdu de son intensité, et tout en restant nettement perceptible, offre actuellement moins d'amplitude. En un mot, l'état de la circulation s'est amélioré considérablement, et le patient paraît avoir retiré du bénéfice de cette crise. Il nous semble donc que l'épistaxis a été un phénomène isolé, et que ce phénomène a eu, en somme, un résultat favorable.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'épistaxis peut prendre une tournure des plus inquiétantes. J'ai vu, étant interne à l'hôpital Saint-Antoine, un cas analogue qui complète le premier. C'était un homme de cinquante-cinq ans, fondeur en caractères, saturnin et atteint de goutte saturnine avec néphrite de même nature sans caractère bien particulier; il y avait bruit de galop, hypertension dans l'appareil circulatoire. Il était traité par l'iodure de potassium et se trouvait dans une bonne santé relative, quand, un jour, il fut pris d'une légère épistaxis qui céda très facilement. Le soir même, il se produisit une nouvelle épistaxis qui cette fois revêtit des apparences plus sérieuses; le malade perdit près d'une cuvette de sang, sans qu'aucun moyen pût arrêter l'écoulement; le tamponnement antérieur des fosses nasales n'ayant aucun succès, je fus obligé de pratiquer le double tamponnement antérieur et postérieur, et l'hémorrhagie finit par céder après beaucoup de temps et de peine.

Mais dans l'intervalle compris entre les deux tampons le sang continuait de s'épandre, et la pression devint assez grande en ce point des fosses nasales pour qu'il se frayât un passage par les points lacrymaux; en même temps le malade se plaignit de vives douleurs frontales et faciales, indiquant que les sinus étaient également envahis. Ce suintement par les points lacrymaux, en dehors de la notion de pression intense qu'il indique au médecin, a sur le malade un effet moral des plus fâcheux; je vous le signale en passant sans y insister davantage.

Le lendemain, le sang paraissait arrêté; mais le surlendemain il se produisit de violentes douleurs d'oreille qui furent suivies d'une otite double; cette otite suppura rapidement. Nous n'avions pas autrefois une genèse bien claire de ces accidents; nous savons aujourd'hui que dans ce cas des agents pathogènes ont pu suivre un trajet ascendant par la trompe d'Eustache et se développer facilement sur des tissus malades qui leur formaient un terrain favorable.

Deux jours après apparut une nouvelle épistaxis; elle fut arrêtée par les mêmes moyens; mais l'épuisement du malade était tel qu'il ne put réagir; il succomba, et sa mort était certainement due à la perte énorme de sang qu'il avait subie en trois jours. Voilà donc un cas où l'épistaxis a été des plus graves, puisqu'elle a entraîné la mort par elle-même.

L'épistaxis au cours de la néphrite interstitielle n'est pas un phénomène rare; on la constate au contraire assez fréquemment, ainsi que je le disais en commençant cette conférence; mais il n'y a pas longtemps qu'on lui attribue l'importance qu'elle mérite. Bright et Rayer l'avaient signalée déjà et avaient insisté sur la valeur et la fréquence de cet écoulement comme caractère symptomatique et pronostique de la néphrite interstitielle. Bright disait que lorsqu'on la constate chez des sujets non hépatiques ayant dépassé quarante ans, il faut penser aux reins et porter ses recherches du côté de ces organes. Johnson, et plus récemment encore Lécorché, ont confirmé ces vues cliniques. C'est donc un symptôme important, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic; tout le monde s'accorde sur cette dernière donnée; mais, ainsi qu'il arrive si souvent, les avis diffèrent et se multiplient quand il s'agit d'en éclaircir la pathogénésie.

Il est rare que l'on observe l'épistaxis dans la néphrite aiguë, parenchymateuse, ou gros rein blanc; elle se produit parfois dans ce cas, mais c'est à la période ultime, quand se déclarent les phénomènes urémiques. Elle n'est alors pas plus fréquente que les autres hémorrhagies, celles-ci revêtant toutes les formes, et se faisant aussi souvent par tel point que par tel autre. Vous savez qu'à cette phase de la maladie, il se produit des métrorrhagies, des taches purpuriques, etc., l'épistaxis apparaît alors au même titre que ces divers phénomènes.

Il faut faire exception pour la néphrite aiguë scarlatineuse; l'écoulement de sang par le nez s'y montre plus fréquemment que les autres, mais même alors il est prémonitoire des acci-

---

***

Sans doute les vétérinaires n'ont qu'une clinique aventureuse üel lit n'est qu'une litière, où les remèdes les plus indiqués par une saine thérapeutique ne sont acceptés que grâce à la force — de persuasion, du *tord-nez* et autres stratagèmes.

Où les malades à simple vue d'un instrument qu'on a partout métamorphosé en clyso pour tromper leur vigilance s'enlèvent en des ruades et pétarades qui rendraient beaucoup plus nécessaire que l'autre, une société protectrice des vétérinaires, mais enfin, ils sont médecins traitants quoique maltraités par leur clientèle.

Et évidemment cliniciens.

***

Le pharmacien, lui, n'est que préparateur. Il est sinon aux ordres, du moins aux ordonnances, de la Faculté d'Alfort elle-même. Je veux bien que ses poudres et porphyrisations organisent quelquefois la victoire mais en vérité sur le double champ de bataille de l'infirmerie des chevaux et de la guerre il ne paraît, pas même à demi, aussi combat tant que les vétérinaires dont quelques-uns ont été tués par l'ennemi, et même par leurs amis.

On m'écrit de bien des côtés sur le séjour agaçant à Paris de « toujours les mêmes ».

Çà a diminué, mais il y a des casaniers qu'une lettre appelle « les possesseurs de Paris ».

Je ne puis pour satisfaire à des correspondants, dont quelques-uns inconnus mais fort sympathiques, que demander à nouveau, comme je l'ai déjà fait et c'est bien pour cela qu'on m'écrit, un roulement régulier sans favoritisme qui est le remède le plus sûr à bien des envies, des jalousies et des inimitiés, de causalité quelquefois légitime en droit et en fait.

Un peu plus d'égalité, pour plus de fraternité.

Dr CHASSAGNE.

dents urémiques qui éclatent si brusquement et ont une marche si rapide dans la néphrite scarlatineuse.

Au contraire l'épistaxis n'est pas rare dans la néphrite chronique interstitielle ; elle apparaît même assez volontiers. Elle est liée à l'état général du malade, état qui est l'origine même de cette néphrite, c'est-à-dire qu'elle est due à l'artério-sclérose généralisée ; aussi ceux sur qui elle se produit sont-ils des goutteux, des arthritiques, des rhumatisants, des saturnins, etc...

Elle se déclare surtout aux deux périodes extrêmes de la maladie, soit au début, soit vers la fin de l'évolution clinique de la néphrite interstitielle ; et c'est à ces deux périodes qu'il est utile de l'étudier et d'en saisir toute la valeur. Au début, elle constitue un phénomène des plus intéressants tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue diagnostique. Elle se produit alors assez inopinément, sans qu'au premier abord, on puisse lui accorder tout l'importance qu'elle possède; mais si l'on reprend avec soin l'analyse des divers phénomènes qu'elle accompagne, l'on constate que le plus souvent l'on a affaire à un adulte; que celui-ci se plaint depuis quelque temps de céphalée légère, de dyspnée peu prononcée consistant surtout dans une gêne respiratoire modérée ; qu'il existe quelques râles dans la poitrine avec toux grasse. Souvent, à la suite d'une cause tout à fait accidentelle, telle qu'une fatigue, un exercice un peu prolongé, une préoccupation excessive, les phénomènes que nous avons signalés prennent plus de caractère ; la céphalée devient plus intense avec sensation de pesanteur pénible; la vue se trouble par moment ; il apparaît dans les yeux des mouches volantes ; il est exceptionnel qu'à cette période l'on puisse constater de la congestion pulmonaire.

Puis se produisent des mouchements de sang, représenté le plus généralement par quelques stries et auxquels l'on n'accorde aucune importance. Le sang devient plus et plus abondant ; son écoulement persiste, finit par inquiéter le malade qui vient réclamer l'avis du médecin. Celui-ci constate alors des symptômes déjà nets de néphrite interstitielle, portant à la fois sur les reins, sur les vaisseaux et sur le cœur ; il trouve l'hypertrophie cardiaque, le bruit de galop, la fréquence nocturne des mictions, la polyurie, parfois l'albuminurie dans les urines, en un mot tous les signes plus ou moins accentués de la néphrite.

A une période plus avancée, les caractères de l'épistaxis diffèrent un peu et les circonstances dans lesquelles elle se produit ne sont plus tout à fait les mêmes. Elle apparaît d'une façon soudaine, et comme le plus généralement le malade est déjà en traitement, l'on assiste à son début, à son développement, à son évolution. Souvent elle a pu être prédite car l'on avait déjà noté les jours précédents certains phénomènes urémiques doux qui, sous l'action d'un écart de régime par exemple, s'accusent et revêtent la forme d'amblyopie, de douleurs de tête, de spasmes dans les membres, etc..., puis une nuit, un matin, l'épistaxis éclate plus abondante, plus durable, plus grave que celle que nous avons étudiée dans la première période de la néphrite.

Le début, par lui-même, est toujours insidieux, en ce sens qu'il se manifeste par des mouchements de sang ; mais très vite l'écoulement devient abondant et même inquiétant ; c'est un flux de sang excessif, la véritable hémorrhagie d'Hippocrate. Vous savez entre parenthèse, que celui appelait σταλαγμος l'écoulement goutte à goutte par le nez, ρυσις, le flux léger et enfin ημορραια le flux abondant, la véritable hémorrhagie; eh bien c'est sous cette dernière forme que se manifeste l'épistaxis dans le cas actuel.

Ce sont donc des hémorrhagies très profuses ; elles peuvent atteindre en une seule fois un, deux, trois litres de sang; elles sont en conséquence très dangereuses par elles-mêmes. Mais si l'épistaxis est unique et qu'elle est arrêtée à temps, elle pourra, dans ce cas seulement prendre une tournure plutôt favorable; assez souvent il se produit à la suite un vrai soulagement, une atténuation des symptômes ; elle a amené dans les phénomènes urémiques une rémission véritable analogue à celle qui se voit après une large saignée au pli du coude on l'application de plusieurs sangsues aux apophyses mastoïdes; la céphalée tombe ; les vertiges disparaissent, les troubles oculaires se modifient ; en un mot, tout revient à l'ordre antérieur accidentellement troublé. — Mais en général, ce mieux si sensible et dont les malades eux-mêmes constatent les effets est de faible durée ; la pléthore aqueuse se montre pour refaire le sang dans sa masse, et une série de symptômes succèdent imputables à l'anémie aiguë.

Cette terminaison favorable de l'épistaxis n'est malheureusement pas la plus constante. Quand la phase à laquelle s'est produite l'hémorrhagie est encore plus avancée, les altérations du système vasculaire entier sont trop profondes ; les parois des vaisseaux, le sang lui-même sont intimement modifiés; alors l'hémorrhagie reparaît peu de temps après la première, et cela d'antant plus facilement que les vaisseaux sont friables, mal cicatrisés, et que le sang est plus fluide et moins coagulable ; la petite plaie vasculaire reste béante ; le caillot qui s'y était formé est peu solide et n'y tient pas fermement ; l'hémorrhagie se reproduit dès lors à la moindre occasion on même spontanément à de très courts intervalles. Le résultat est facile à deviner ; l'affaiblissement se produit souvent très profond ; l'adynamie devient extrême ; enfin, au plus extrême degré, la mort peut arriver causée par l'excessive abondance de la perte sanguine. Evidemment elle n'est pas le terme forcé des accidents ; mais si l'épistaxis se répète plusieurs fois, incoercible, profuse, elle constituera un phénomène du plus mauvais augure, car elle indique la friabilité des vaisseaux, la dyscrasie du sang, et annonce à brève échéance l'éclosion de manifestations urémiques de toutes natures. Celles-ci ne tardent point à éclater ; l'insuffisance urinaire en est le premier symptôme; puis le malade devient comateux (urémie comateuse) ou bien se déclare quelque complication pulmonaire dont l'aboutissant fatal arrive à bref délai.

La valeur séméiologique de l'épistaxis dans le mal de Bright est donc bien différente selon que l'on la constate au début de la lésion rénale, alors que le malade semble en apparence bien portant, ou qu'elle se produit aux périodes ultimes. Au début, c'est parfois un signe qui permet le diagnostic, et je ne pourrais mieux vous le démontrer qu'en vous citant une observation que j'ai eu l'occasion de recueillir.

Il vint une fois me consulter une femme de 60 ans, pour des saignements assez abondants qui duraient depuis une quinzaine de jours environ. La femme était de constitution robuste et semblait de fort bonne santé. Ces saignements étaient quotidiens ; ils se produisaient à la suite d'un mouchement un peu fort ; ou bien après l'ingestion d'aliments difficiles à digérer ; la malade éprouvait une sensation de pesanteur, de céphalalgie, puis apparaissait l'écoulement en général peu abondant et assez aisé à arrêter. Ces accidents l'inquiétant par leur répétition, elle vint demander mon avis. Je l'examinai alors soigneusement et appris qu'elle se levait la nuit une ou deux fois pour uriner ; chez la femme, c'est beaucoup, car nous devons

nous rappeler que dans ce sexe la vessie est beaucoup plus tolérante que chez l'homme. Cette nécessité de mictions fréquentes durait déjà depuis quinze à dix-huit mois. Les urines émises étaient abondantes, peu colorées, de faible densité. La respiration était un peu courte, ce que la malade attribuait à un vieil asthme, dénomination dont il faut toujours se défier car elle est bien souvent mal appliquée par le public qui vient vous consulter ; il se produisait de l'étouffement au monter des escaliers, ainsi que des palpitations qui la forçaient de s'arrêter à tous les étages ; elles étaient dues à une hypertrophie cardiaque facile à constater. L'examen des urines de la nuit et du matin montra un léger précipité d'albumine ; si, comme je vous l'ai dit, la présence de cette dernière n'est pas constante, elle constitue cependant, quand elle existe un précieux élément pour le diagnostic.

(*A suivre.*)

## REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

SUITE. — VOIR LES NUMÉROS 28 ET 31.

XI. Sur la fréquence des avortements provoqués. — XII. Empoisonnement par l'arsenic. — XIII. De l'oreille moyenne du nouveau-né. — XIV. Importance de la recherche des cristaux d'hémoglobine dans l'examen des taches de sang. — XV à XVIII. Quelques livres nouveaux sur la médecine légale.

XI. — M. Maximin Gilles a voulu éveiller l'attention des pouvoirs publics sur la fréquence des avortements provoqués (1). Lors même que les médecins n'auraient pas d'aussi grandes difficultés à diagnostiquer des manœuvres abortives qui ne leur sont pas avouées et sont même presque toujours déniées par les coupables qui souvent à la fois, en sont les victimes, l'obligation du secret médical leur imposerait le silence. Et ces conditions réunies rendent on ne peut plus ardue la tâche de remédier à un état de choses qui va tous les jours s'aggravant.

C'est durant le cours de son internat dans les hôpitaux de Marseille que M. Gilles a recueilli les 20 observations qui ont servi de base à son travail.

Ces faits ne sont sans doute pour la plupart que des soupçons d'avortement. Mais ces soupçons sont assez justifiés pour permettre à l'auteur de les présenter à l'appui de la thèse qu'il soutient. Ils montrent, de plus, quelle variété de forme revêt cette sorte d'industrie qui pour être libre, n'en est pas moins coupable.

M. Gilles a traité ce sujet avec beaucoup de délicatesse, et en produisant ses observations, il prend bien garde de se prémunir contre toute accusation de violation du secret médical.

Lorsqu'il pose cette question : Le secret médical est-il violé lorsque dans une observation on publie des renseignements suffisants pour permettre de retrouver le billet de salle et par conséquent de reconnaître le coupable? Nous répondrons affirmativement comme lui, en ajoutant que pour nous le plus grand coupable dans cette affaire serait l'employé d'hôpital qui, confrontant les détails d'une observation avec les papiers administratifs, rechercherait et trouverait le nom du sujet. Celui-là mériterait d'être puni. Car ils nous semblent participer à l'obligation du secret professionnel, tous ceux qui font partie d'une administration hospitalière. Et leur zèle ne doit pas s'étendre à se faire les agents d'une police immorale.

(1) Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement, recueillies dans les hôpitaux de Marseille. Thèse de Paris, 1889. G. Steinheil, éditeur.

Et cependant le mal n'en existe pas moins, si sérieux pour l'avenir de notre société et de notre patrie, que l'on se demandera avec M. Gilles si la société doit laisser aux auteurs et aux victimes des manœuvres abortives les moyens de dissimuler à la justice les conséquences pathologiques de leurs fautes, « en un mot les hôpitaux doivent-ils rester comme une sauvegarde des criminels? »

La question est difficile à résoudre, même en considérant la grandeur de l'intérêt social qui y est engagé.

Il appartient à nos gouvernants d'aviser.

XII. — Sans pouvoir entrer dans les détails d'une affaire aussi compliquée que l'a été l'affaire Pastré-Beaussier, il est de mon devoir de signaler à nos lecteurs l'important rapport de MM. Brouardel et Gabriel Pouchet (1).

On trouvera là une véritable récapitulation de nos connaissances sur les diverses formes d'empoisonnement par l'arsenic (aigu, subaigu, chronique). Contentons-nous de constater d'après MM. Brouardel et Pouchet que dans les intoxications aiguës, les phénomènes ne durent que quelques jours, mais que leur ordre n'est pas pour cela modifié.

Le mode d'administration, la dose, la répétition de l'ingestion des substances empoisonnées impriment toutefois aux accidents des caractères variés dans leur intensité, ou même en font disparaître quelques-uns, mais ils n'en créent pas de nouveaux.

En prenant pour type les intoxications d'Hyères et du Havre MM. Brouardel et Pouchet décrivent les 4 phases suivantes : 1° troubles de l'appareil digestif; 2° catarrhe laryngé et bronchique, période dans laquelle prédominent les éruptions; 3° troubles de la sensibilité (période acrodynique); 4° paralysies.

XIII. — La présence ou l'absence du magma gélatiniforme dans la caisse du tympan n'a pas une grande valeur au point de vue médical.

C'est ce qu'a cherché à démontrer, à la suite du Dr Lannois, M. Charles Lenhard dans sa thèse inaugurale (2).

En effet dans tous les cas où les poumons peuvent être examinés, ils suffisent à reconnaître si l'enfant a vécu. Lorsqu'ils ne peuvent pas être examinés, par suite de putréfaction ou pour une autre cause, l'examen de l'oreille moyenne est incapable de former à lui seul une opinion. L'examen de l'oreille moyenne et les conséquences médico-légales qu'en tire la méthode de Wreden, Wendt et Gellé peuvent conduire à une erreur complète.

M. Charles Lenhard montre d'ailleurs que son opinion se rapproche de celle émise en dernier lieu par M. Gellé qui a écrit les lignes suivantes : « Il est sans doute possible de se faire une opinion scientifique au sujet de la valeur du contenu de la cavité auriculaire ; mais on comprend qu'il y ait dans la pratique une grande réserve à observer dans les conclusions, surtout en l'absence de signes docimasiques pulmonaires. »

XIV. — Dans un travail très minutieux fait au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Palerme, le Dr Joseph Misuraca, assistant de la chaire d'Hygiène, a voulu démontrer l'importance en médecine légale de la recherche des cristaux d'hémoglobine dans l'examen des taches de sang (3).

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Août et novembre 188.

(2) Thèse de Paris. Henri Jouve, imprimeur.

(3) Rivista sperimentale di Frenatria et di medicina legale. Reggio Emilia, 1889, p. 36.

Si dans l'état actuel de nos connaissances on peut toujours reconnaître le sang dans les taches quelque petites qu'elles soient, sur un couteau, sur une chemise, etc., il n'est pas aussi facile de déterminer si ce sang est du sang humain. M. Misuraca s'est efforcé de le résondre ce problème d'après les caractères différentiels des cristaux d'hémoglobine. Ses recherches ont porté comparativement sur le sang de l'homme, celui du cabiai, celui du chien et celui du chat.

Chez le cabiai, les cristaux d'hémoglobine ont la forme de tetraèdres plus ou moins nets. Chez l'homme ils représentent constamment des lamelles quadrilatères à angles droits, de longueur et de largeur variable, mais excessivement minces.

Les cristaux d'hémoglobine du chat offrent une grande ressemblance avec ceux de l'homme ; ils en différeraient cependant en ce qu'ils sont moins minces puisqu'on peut y apercevoir nettement les quatre angles d'un parallélipipède rectangulaire.

Pour le sang du chien, on obtient la cristallisation de l'hémoglobine plus facilement que chez l'homme, mais moins facilement que chez le cabiai ou chez le chat. Les cristaux d'hémoglobine du chien se distinguent de ceux de l'homme en ce qu'au lieu d'être taillées à angle droit, les extrémités en sont toujours comme *aiguisées*, amincies, effilées (*appuntiati*).

Quelles que soient les difficultés inhérentes à ces sortes de recherches, on ne peut qu'encourager des études dont les résultats pourront avoir une grande importance dans les expertises médico-légales.

XV à XVIII. — Dans cette Revue médico-légale, après les mémoires plus ou moins originaux que je viens d'analyser, je crois devoir signaler quelques travaux parus récemment, et d'une portée plus générale.

En premier lieu je citerai le petit volume que M. le Dr A.-J. Martin a consacré à l'étude *Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les Lois et Règlements* (1). C'est là un livre n'une actualité toujours palpable. N'est-il pas en effet plus que jamais utile de rappeler entre autres choses aux pouvoirs locaux qu'il est de leur devoir « de faire bénéficier les populations de ces deux conditions primordiales de la salubrité des agglomérations : l'amenée d'une eau potable à l'abri de toute souillure, l'évacuation des matières excrémentielles sans contamination de l'eau ou de l'air ? »

M. A.-J. Martin étend plus loin et plus haut sur les pouvoirs publics les revendications de l'hygiène. Il conclut en effet son livre en émettant le vœu que l'autorité dans les cas d'urgence, soit mise immédiatement en demeure d'agir. « Les représentants de l'Etat, c'est-à-dire les préfets et, en cas de besoin, les ministres, doivent, nous dit-il, être aussitôt mis à même de surveiller, à tous les degrés de leurs hiérarchies respectives et conformément aux prescriptions légales, l'exécution des mesures prescrites. Dans tous les autres cas, il n'y aurait aucun inconvénient à accorder les délais nécessaires pour procéder à des examens contradictoires et porter les affaires devant la juridiction, administrative ou judiciaire suivant les cas, mais non sans que cette juridiction ait pris l'avis du conseil ou de la commission dont la délibération est l'objet d'un recours. »

Et M. A.-J. Martin ajoute : « Nous avons la ferme conviction, basée en particulier sur les résultats obtenus par les législations étrangères, qui comprennent tout ou partie de ces dispositions, qu'elles suffiraient à éveiller dans l'esprit public le réel désir d'aider les administrations dans la tâche qui leur incombe de maintenir et de préserver la santé publique. C'est là, nous aimons à le répéter, une œuvre pour laquelle une confiance réciproque s'impose. »

(1) Lyon, A. Storck, et Paris, G. Steinheil, in-18 de 337 pages.

En second lieu je devrais aussi à mes lecteurs de leur faire l'éloge d'un livre sorti de la collaboration de deux hommes compétents, M. Alfred Lechopié, avocat à la Cour de Paris, et M. le Dr Ch. Floquet, à la fois licencié en droit et médecin du Palais de Justice. Mais ce livre a été apprécié et loué ici même comme il le mérite par notre rédacteur en chef, M. de Ranse (Gazette médicale du 22 février dernier). Nos éloges seraient donc superflus. Je me contenterai d'ajouter que *Le Droit médical*, ou mieux le Code des médecins (docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, etc.) répondait à un besoin (1). Il y avait là une lacune dans la librairie médicale. L'idée de combler cette lacune était heureuse. Elle été fort dignement mise exécution. Nous en félicitons MM. Léchopié et Floquet.

Puis il est de mon devoir d'annoncer la publication d'une deuxième édition du livre de M. Vibert : *Précis de médecine légale*(2), auquel j'avais prédit il y a quatre ans (3) le succès qu'il obtient. On y trouvera un résumé plus complet des recherches de M. Mégnin sur les applications de l'entomologie à la médecine légale, l'exposé de la méthode anthropométrique pour l'identification des récidivistes, un aperçu de l'anthropologie criminelle et un plus grand développement dans l'exposé des conséquences des accidents de chemin de fer.

Et je termine en indiquant aux étudiants un aide-mémoire publié par M. Paul Lefort dans le but de leur faciliter les épreuves du 4e examen de doctorat (4). Cet aide-mémoire comprend l'hygiène outre la médecine légale. Quoique certains passages ne soient pas tout à fait au niveau de nos connaissances actuelles (5), ce livre rendra des services aux étudiants. Il est sobre, portatif, soigné, bourré de faits.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

## MEDECINE MILITAIRE

DES CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE AU SERVICE MILITAIRE.

*Etude critique de l'Instruction du 17 mars 1890.*

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

*Suite et fin* (6).

III

Bien que l'instruction du 17 mars 1890 ne prenne pas soin de rappeler comme sa devancière à l'aide de quels signes la *faiblesse de constitution* pourra être décelée, nous pensons qu'on devra continuer à tenir compte de l'habitus extérieur et

(1) Un vol. in-12 de 532 pages. Paris, 1890, O. Doin, et Marchal et Billard éditeurs, avec une préface de M. Brouardel.

(2) Un vol. in-12 cartonné à l'anglaise de 800 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1890.

(3) Gazette médicale du 15 mai 1886.

(4) 1 vol in-18 de 272 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1889.

(5) Ainsi, à propos de l'hygiène des mineurs, p. 132, l'auteur nous dit qu'ils sont exposés aux rhumatismes, à la scrofule, à la phtisie et à l'anémie des mineurs qui débute, etc. (suit l'énumération des symptômes signalés par Hallé chez les mineurs qui en 1802 travaillaient dans les chantiers de la mine de Fresne et Vieux-Condé (Cie d'Anzin) où éclata l'épidémie dite d'Azin, et qu'on n'a plus revus depuis. — Un accident, une épidémie passagère ne sauraient représenter l'hygiène professionnelle d'un groupe d'ouvriers aussi important que la catégorie des ouvriers des mines.

(6) Voir les deux numéros précédents.

des résultats fournis par le périmètre thoracique et le poids du sujet observé. De bons éléments d'appréciation seront encore fournis par l'abaissement de la pointe du cœur, l'expiration prolongée au sommet du poumon, particulièrement à droite (Duponchel) et quelquefois par une inspiration saccadée rythmique aux contractions cardiaques (Grasset).

L'abaissement en ligne verticale de la pointe du cœur à plus de 4 centimètres au-dessous du mamelon gauche est l'indice d'une hypertrophie du cœur relative, c'est-à-dire d'un développement normal de l'organe central de la circulation qui a terminé sa croissance à l'âge de 18 à 20 ans, correspondant à un développement incomplet de l'organisme tout entier et du thorax en particulier. L'expiration prolongée aux sommets du poumon, particulièrement à droite en raison du volume plus considérable des troncs bronchiques, d'une durée nettement supérieure à celle de l'inspiration est symptomatique d'une vitalité locale médiocre sans être toutefois un signe de tuberculose au début. L'inspiration saccadée, rythmique du cœur, dans les cas assez rares, il est vrai, où on la constate n'est elle aussi qu'un signe de faiblesse respiratoire : son lieu d'élection est le sommet gauche et le bord gauche du sternum, au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux, bien qu'on puisse l'entendre parfois dans tout le sommet gauche et même à droite. On perçoit pendant l'inspiration deux ou trois saccades rythmiques avec les pulsations; si le sujet respire fort les saccades peuvent disparaître.

La sollicitude toute particulière qu'apporte la direction sanitaire de l'armée à exclure du milieu militaire tous les germes morbides, rend compte des prescriptions radicales prises contre la *tuberculose*. A mesure que la science faisait des progrès on arrivait par des moyens de plus en plus prohibitifs à diminuer dans les rangs les cas de phthisie, mais aujourd'hui que le contage est parfaitement déterminé, que sa biologie est connue, que les dangers de sa dissémination sont admis, on n'attend pas que le mal soit confirmé pour prononcer l'inaptitude absolue de servir, on n'attend plus, comme cela se pratiquait encore il y a peu d'années les signes de ramollissement: les seuls indices de tuberculose généralisée ou localisée dans un organe la motivent. Il est surtout recommandé de se tenir en garde contre la localisation pulmonaire et si la percussion et l'auscultation fournissent des résultats douteux on doit s'en rapporter à l'habitus extérieur qui permet jusqu'à un certain point d'affirmer la prédisposition.

Une bonne *vue* est incontestablement nécessaire au soldat pour distinguer de loin l'ennemi, pour en faire son point de mire, pour surveiller ses mouvements et ses positions. Il est encore nécessaire qu'il puisse voir en même temps en face et autour de lui pour mesurer l'étendue du terrain, pour observer ce qui se passe à sa droite comme à sa gauche. Le chiffre de 1/4 qui jusqu'à ces derniers temps avait été adopté chez nous comme limite de l'acuité visuelle de l'œil droit était basé sur ce qu'on pouvait encore reconnaître à 300 mètres des militaires isolés, des sentinelles, compter les files d'un peloton, apprécier des mouvements et distinguer le corps d'un homme dont la largeur est à peu près de 0 m. 30 à 0 m. 35 centimètres. Au delà la vision était défectueuse : devenu éclaireur et sentinelle incertains, tireur hésitant et sans confiance, le soldat ne fournissait plus un bon service; entre ses mains les armes à feu à longues portées devaient rester inutiles. Il était nécessaire d'imiter les nations voisines et de suivre l'exemple de l'Angleterre, du Danemarck, de la Suède, de la Russie où l'acuité exigée est de 1/2, de 2/5, de 2/3 sans parler de l'Allemagne qui n'incorpore dans le service actif qu'avec une acuité supérieure à 1/2 et qui classe dans la réserve les acuités de 1/2 inclusivement jusqu'à 1/4 exclusivement.

Notre regretté maître, Giraud-Teulon, dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine, avait insisté pour qu'on ne descendît pas au-dessous de 1/2 dans le service armé. On a fini par se ranger à son avis. Nous avons adopté à peu de choses près la même réglementation que les Allemands : les fantassins, les cavaliers, les artilleurs devront posséder une acuité visuelle normale au moins pour l'un des deux yeux, le tir pouvant s'effectuer par habitude avec autant de précision de l'œil gauche que de l'œil droit; les sapeurs pompiers, les soldats du génie, du train des équipages pourront ne pas avoir une vision irréprochable; ceux qui l'ont imparfaite seront incorporés dans les compagnies d'ouvriers d'artillerie et d'artificiers, dans les sections de commis et ouvriers d'administration et dans les sections d'infirmiers. Les hommes employés comme télégraphistes, les pontonniers, ceux qui font partie des régiments de chemin de fer devront, en outre, pouvoir distinguer nettement le vert du rouge.

L'hypermétropie doit être considérée comme une cause d'amblyopie permanente irrémédiable. Elle motive l'exemption et la réforme lorsqu'elle détermine un abaissement de l'acuité visuelle à distance au-dessous de 1/2 pour l'un des deux yeux et de 1/10 pour l'autre œil. Il est certain que dans de pareils cas on se trouve en présence d'un degré assez élevé d'hypermétropie, étant donnée la puissance réfringente du cristallin à l'âge de 20 à 25 ans. N'aurait-on pu cependant admettre sa correction par le port de verres convexes et maintenir dans le service actif ceux dont le vice de réfraction est inférieur à 4 dioptries que l'Instruction du 17 mars fait classer dans le service auxiliaire? On a peut-être craint qu'à la suite de fatigues, l'accommodation devînt insuffisante pour neutraliser l'hypermétropie qui dès lors deviendrait manifeste : ces conditions défavorables ne se rencontrent pas dans la vie militaire. Au surplus, ce n'est guère qu'à partir de 5 à 6 dioptries que les verres correcteurs sont nécessaires pour voir au loin, d'où il suit que les lunettes convexes ne seraient généralement nécessaires que pour la vision et le travail aux distances rapprochées en préservant des accidents asthénopiques.

Il n'est pas besoin d'insister pour démontrer que si le système de charger les armes à feu portatives ne nécessite plus, comme autrefois l'intégrité des incisives et des canines, néanmoins on ne doit accepter au service que les sujets capables de mastiquer facilement et complètement, une bonne *denture* étant la première condition d'une bonne alimentation.

On ne saisissait guère les raisons pour lesquelles la perte d'un *testicule* par suite d'opération ou d'accident entraînait l'exemption. La chirurgie est aujourd'hui plus entreprenante tout en étant plus heureuse, la glande spermatique a plus souvent l'occasion d'être sacrifiée sans que l'état général du blessé puisse ultérieurement s'en ressentir.

On ne saurait enfin trop applaudir à la réglementation nouvelle concernant les *mutilations des doigts*. Pour presser la gachette du fusil on n'a pas besoin absolu de l'index droit ni de sa troisième phalange, le médius peut très aisément y suppléer. Voilà qui suffira pensons-nous pour mettre un frein sérieux aux tentatives de mutilations, qui pour être bien plus rares qu'autrefois, s'observaient encore assez fréquemment.

De ce qui précède, il est aisé de voir que l'instruction du 17 mars dernier marque un très réel progrès puisqu'elle donne satisfaction aux principaux désiderata exprimés en ces dix dernières années.

Nous ne saurions cependant clore cette étude sans appeler

l'attention sur un vœu maintes fois formulé et sans insister sur la juste nécessité de sa réalisation. Nous voulons parler des droits dévolus aux commissions de réforme et de l'urgence qu'il y aurait de les rendre plus étendus. Pourquoi ne leur donnerait-on pas le pouvoir de classer dans les services auxiliaires des hommes présentant des maladies ou infirmités parfaitement compatibles avec ce service plutôt que de mettre ces commissions dans l'alternative souvent pénible de conserver dans les rangs des non-valeurs sinon de réels impedimenta ou d'exclure définitivement de l'armée des hommes qui avec des aptitudes déterminées, eussent pu être ailleurs utilement employés?

Au conseil de révision, le médecin craignant une réforme ultérieure, propose souvent pour le service auxiliaire des hommes qui malgré certaines malformations, auraient parfaitement répondu à toutes les exigences du service armé.

Cette raison et bien d'autres que nous n'avons pas l'intention d'exposer ici devraient militer en faveur de l'innovation demandée.

## BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur le syndrome bulbo-médullaire, constitué par la thermanesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux et vaso-moteurs, par le professeur Grasset, recueillies par M. Raugier (1890, Montpellier, Coulet éditeurs, et Paris, Masson).

Dans ces leçons, M. Grasset appelle l'attention sur un syndrome bulbo-médullaire, constitué par de la thermanesthésie et de l'analgésie, associées à des troubles sudoraux et vaso-moteurs d'un côté, et par une hémiparésie du côté opposé. On a voulu faire de ce syndrome un signe pathognomonique de la syringomyélie, mais en réalité il n'en est rien; son apparition n'est pas liée à une maladie spéciale, mais à un siège particulier des lésions bulbo-médullaires, dans les parties postéro-latérales de la substance grise de la moelle et du bulbe.

En quoi consistent les phénomènes en question? En une dissociation bien curieuse de la sensibilité, qui n'est pas connue depuis bien longtemps: en *une disparition de la sensibilité à la chaleur et à la douleur, avec conservation de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la pression.*

Les observations publiées par Roth (de Moscou), 1882; par Furstner et Zacher, 1883; par Morvan, Remack, Frend, Schultze en 1884, 1885 et 1886; par Debove et Dejerine en 1889 et d'autres, ne laissant aucun doute sur l'existence particulière de troubles sensitifs.

Mais à côté d'eux, il en est de non moins importants, qui font partie du même syndrome, ce sont des *troubles sudoraux et vaso-moteurs*. Ces troubles consistent en une *exagération des sueurs* du même côté que les autres phénomènes sensibles, soit spontanément, soit sous l'influence de la pilocarpine; et, d'autre part, en des modifications de la température élevée de près d'un degré du même côté.

Ces deux ordres de troubles — sudoraux et vaso-moteurs — ne sont pas forcément concomitants, et liés indissolublement l'un à l'autre, l'indépendance de l'innervation sudorale et de l'innervation vaso-motrice constituant une des dernières conquêtes de la physiologie. Aussi est-il utile de signaler dans les observations leur présence simultanée, et de distinguer les cas où le trouble sudoral coexiste avec des troubles vaso-moteurs, de ceux où ce trouble sudoral est isolé et de s'accompagner par des phénomènes vaso-moteurs.

En résumé le syndrome est constitué de la façon suivante:

Thermanesthésie; analgésie; éphydrose et élévation de température, du même côté.

Or cette association symptomatique est signalée dans un grand nombre d'observations: M. Grasset a pu réunir une trentaine de faits prouvant que sa présence chez un même sujet n'est ni fortuite, ni exceptionnelle: mais la coïncidence des quatre termes des syndromes n'est pas nécessaire, elle est seulement fréquente.

Quelle est maintenant, en présence de ce syndrome, le diagnostic à poser?

Il est une maladie, si fréquemment liée à ce complexus morbide, qu'on a voulu faire de celui-ci la caractéristique de celle-là: cette maladie est la *syringomyélie*. Or, pour M. Grasset, cette absolue dépendance est exagérée, et d'autres maladies que la syringomyélie peuvent reproduire ce syndrome. A la vérité il est très fréquemment réalisé dans celle-ci; mais sa constatation pure et simple ne suffit pas pour porter sûrement le diagnostic de syringomyélie, ainsi que Roth et Dejerine l'ont prétendu. S'il en était ainsi, ce serait là un exemple unique de myélopathie à diagnostic, reposant sur la constatation d'un seul signe. Mais, en réalité, dans les maladies médullaires, les symptômes ne dépendent pas de la *nature* de la maladie, mais bien du *siège* des lésions.

Il est un premier point à mettre en relief, avant de passer en revue les autres affections nerveuses qui peuvent donner naissance à ce syndrome, c'est que tous les cas de syringomyélie ne permettent pas de l'observer. M. Grasset en cite une observation personnelle; et sur 66 observations de la thèse de Baumier, où le diagnostic syringomyélie a été porté cliniquement et anatomiquement, il ne s'en trouve que *onze* sur lesquels on trouve « quelques traits de syndrome bulbo-médullaire ». On peut en trouver par contre dix dans lesquels la syringo-myélie n'est pas liée, cliniquement, à l'apparition et à l'existence des symptômes qu'on a voulu regarder comme pathognomoniques.

L'autopsie d'un cas de maladie de Morvan avec syndrome reconnu va compléter la démonstration. L'examen fait par Gombault et Reboul au laboratoire de M. Cornil, a montré qu'il s'agissait de névrites périphériques disséminées dans le membre supérieur, la moelle présentant une prolifération conjonctive des cordons postérieurs et probablement de la substance grise centrale; mais pas de lacunes, donc pas de syringomyélie.

Quel est maintenant le *siège anatomique* de la lésion qui amène l'apparition du syndrome.

Après avoir éliminé, avec discussion, tout le manchon blanc de l'arc cérébro-médullaire, M. Grasset en arrive à la substance grise, et partant de l'expérience de Schiff qui admet que les impressions douloureuses, les impressions thermiques, et même celle de pression, seraient transmises par la substance grise, tandis que les impressions tactiles seraient conduites par les faisceaux blancs postérieurs, il localise dans *la substance grise des cornes postérieures* les lésions qui produisent le syndrome bulbo-médullaire pour ce qui a trait à la *thermanesthésie* et à l'*analgésie*.

Quant aux *nerfs sudoraux et vaso-moteurs*, si la physiologie est impuissante à en localiser exactement l'origine médullaire, on sait que M. Pierret a localisé les lésions du tabès vaso-moteur, dans une colonne grise située à la jonction de la corne antérieure et de la corne postérieure (tractus intermedio-lateralis de Clarke). Ce serait donc dans *le voisinage de*

*ce centre*, que serait le siège des lésions qui amènent les *troubles vaso-moteurs et sudoraux*.

On conçoit alors la coïncidence fréquente, mais non nécessaire de la thermanesthésie et de l'analgésie d'une part, des troubles sudoraux et vaso-moteurs de l'autre, et se trouve ainsi justifiée l'appellation que lui donne M. Grasset de *syndrome bulbo-médullaire de la substance grise latéro-postérieure*.

H. BARBIER.

DE L'ADÉNIE. — SA NATURE INFECTIEUSE, par le Dr GUILLERMET (J. B. Baillière et fils, 1890, Paris.)

On a en tendance dans ces dernières années, à ne faire de l'adénie et de la leucocythémie qu'une seule et même maladie, appelée par Jaccoud *diathèse lymphogène* et par Ranvier *lymphadénie*, les localisations ganglionnaires ou autres constituant les *lymphadénomes*. M. [GUILLERMET et son maître, M. BARD, au contraire, en reviennent au dualisme de Trousseau, et non seulement font de l'adénie une affection à part, mais encore lui attribuent une origine infectieuse.

*A priori*, cette hypothèse est soutenable, la marche de la maladie, les symptômes observés, peuvent jusqu'à un certain point la légitimer. Seulement jusqu'à présent et le travail de M. Guillermet ne change en rien à cet état de choses, ce n'est resté qu'une hypothèse au même titre que la nature infectieuse du cancer proprement dit. Je n'ai pas besoin d'insister sur les desiderata de cette question, n'ayant trouvé nulle part ni recherches bactériologiques, ni résultats d'expérimentation, capable de fournir une base solide à cette manière de voir.

« L'adénie, dit M. Guillermet, constitue une affection à part... relevant d'un agent infectieux à localisation ganglionnaire exclusive ou du moins extrêmement prédominante (page 29). » L'idée est séduisante sans doute; les preuves manquent à la vérité. Le début par un ganglion unique, superficiel ; la marche envahissante en chaîne continue le long des gros troncs lymphatiques ; enfin les accès fébriles analogues à ceux qu'on observe dans toutes les septicémies ; voilà des probabilités, mais non matière à certitude. — On invoquera en vain le début par des ganglions où viennent aboutir les lymphatiques du pharynx, des fosses nasales, du conduit auditif interne, de la bouche, toutes parties qui peuvent servir de porte d'entrée ; on sent bien l'existence de tissus inflammatoires de ces parties, aussi on le trouve consigné dans des observations dues à Trousseau, Leudet, Potain et Perrin.

Or cette recherche bactériologique, qui doit en somme justifier la question, n'a été faite qu'une seule fois, et sans succès. Un ganglion enlevé à un des malades qui figurent dans ce travail, n'a donné aucune culture sur tous les milieux nutritifs connus, ce qui d'ailleurs ne prouve rien ni pour ni contre les organismes, si tant est qu'ils existent dans l'adénie, pouvant fort bien, ainsi qu'on l'observe dans d'autres maladies, appartenir à des espèces qui ne se développent pas sur les milieux nutritifs que nous connaissons. Mais cette question mise à part, M. Guillermet croit pouvoir s'en passer, et tirer de l'anatomie pathologique seule, la preuve que la bactériologie lui refuse, peut-être parce qu'il ne la lui a pas demandée assez.

Son argumentation repose sur des idées défendues avec beaucoup de talent par son maître, M. Bard, dans son manuel d'anatomie pathologique. « Les lésions, dit ce dernier, sont fonction de la biologie particulière des parasites, et chacune d'elles est spécifiée que comme le parasite qui la produit. » Certains organismes font subir au protoplasma cellulaire certaines modifications, distinctes des DÉGÉNÉRESCENCES et que M. Bard désigne sous le nom de FERMENTATION : pour chaque parasite cette spécificité d'action est caractéristique, elle est la raison d'être des manifestations cliniques de la maladie.

Or, dans l'adénie, il s'agit d'une fermentation *localisée à la cellule du ganglion lymphatique* : elle se caractérise par l'aspect trouble et caséeux du tissu ganglionnaire, et par l'épaississement inflammatoire de la capsule connective. Le mode fermentatif rappelle celui de la gomme syphilitique mais sans aboutir à une dissociation aussi complète de cellules altérées. Cette fermentation n'atteint, comme nous le disions, que la cellule lymphatique, et jamais, dans l'adénie vraie, on n'a observé de néoformations lymphatiques, là où n'existe pas de tissu lymphatique à l'état normal. Ajoutons que par cellules lymphatiques, M. Bard n'entend désigner que la [cellule du tissu lymphatique proprement dit; les cellules rondes, les globules blancs étant pour lui des espèces cellulaires absolument distinctes.

Cette manière de concevoir l'adénie, appelle le diagnostic différentiel de ses néoformations lymphatiques, avec l'hypertrophie ganglionnaire primitive et notamment avec le *lymphosarcome*. Celui-ci sous ses deux formes s'en distingue nettement; à l'état embryonnaire, le sarcome des ganglions se présente sous forme de masses molles, à suc laiteux, d'aspect encéphaloïde ; à l'état adulte ce sont des masses dures, lobulées, offrant un stroma réticulé abondant, et des amas de cellules lymphatiques.

Rien de commun, comme on le voit, avec cet état de caséification spéciale à l'adénie.

Quant au DIAGNOSTIC CLINIQUE, le lymphosarcome s'en distinguera, par des tumeurs molles, ou dures, bosselées, adhérentes et douloureuses, se généralisant à distance, tandis que l'adénopathie adénique, s'étend régulièrement de proche en proche le long du réseau lymphatique.

Le diagnostic avec la leucocythémie ganglionnaire, sera facilité par la connaissance de ce fait, que l'état leucocythémique du sang a précédé les hypertrophies glandulaires; celle-ci n'étant que des greffes de ce que M. Bard considère comme le cancer primitif du sang.

La question de doctrine, soulevée par M. Guillermet, l'a amené à discuter l'intervention chirurgicale au début de l'adénie, intervention préconisée d'ailleurs à un autre point de vue par Panas, Verneuil, Humbert. La médication hypodermique par les antiseptiques et en particulier par les composés arsénicaux, lui paraît devoir se limiter aux cas, où la généralisation étant commencée, on ne peut atteindre et enlever toutes les néoformations lymphatiques.

Au début, quand un seul ganglion est pris, la certitude du diagnostic serait un élément fondamental pour fixer l'intervention. Malheureusement, à ce moment, cette certitude manque : et M. Guillermet propose de suivre la règle de conduite proposée par M. Terrier à la société de chirurgie, c'est-à-dire, d'enlever dès le début toute tumeur ganglionnaire suspecte, et qui marque quelque tendance à gagner d'autres ganglions.

H. BARBIER.

ÉTUDE SUR LA CROISSANCE ET SON RÔLE EN PATHOLOGIE. — ESSAI DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE par le Dr Maurice SPRINGER. Paris. Félix Alcan, édit., 1890.

« Quant à nous, dit l'auteur, nous exposons franchement ce que l'observation nous a suggéré, apportant la conviction à défaut de certitude rigoureuse » (p. 85).

De cette profession de foi découlent les critiques que l'on

peut opposer à l'ouvrage, et les qualités qui lui donnent une réelle valeur. M. Springer a écrit un véritable plaidoyer soigné de forme et dont l'allure entraînante ne s'attarde pas à la discussion des points en litige.

Voyez par exemple avec quelle assurance il résont le problème des fièvres de croissance.

« Ce qui constitue, dit-il (p. 68), le fond commun à toutes ces observations (fièvres de croissance) c'est la fièvre et des douleurs dans la continuité des os ou au niveau de leurs épiphyses. Or toutes les maladies aiguës pendant la période de croissance peuvent donner naissance à ces symptômes. Il ne s'agit donc pas d'une entité spéciale, mais d'une manifestation de la pathologie générale de la croissance. »

Ce syllogisme tranche la question, l'auteur en est convaincu. Nous ne partageons pas cette conviction.

Dans notre mémoire sur la croissance, que l'Académie de médecine a couronné l'an dernier, nous avons consacré un long chapitre aux fièvres de croissance.

« De même, disions-nous, que la formation du tissu spongoïde trop active peut donner naissance à la fièvre dans le rachitisme, de même à l'état normal, la prolifération trop active du tissu ossiforme produit une affection fébrile, la fièvre de croissance ».

Nous établirons qu'il existe deux classes de fièvre de croissance : 1° Celles qui surviennent à l'occasion d'une maladie insignifiante quelconque (angine, embarras gastrique fébrile). Nous les avons appelées pseudo-fièvres de croissance. Ce sont les seules auxquelles M. Springer concède le droit d'existence.

Mais à côté de ces pseudo-fièvres de croissance prennent place les fièvres de croissance vraies, celles où la congestion juxta-épiphysaire au niveau des zones d'accroissement osseux constitue le fait primitif et commande le tableau symptomatique.

Les pages que M. Springer consacre au système nerveux sont de lecture intéressante.

L'auteur considère le surmenage comme un accident lié à la croissance (p. 94) et la neurasthénie comme l'expression de ce surmenage (p. 95).

Nous croyons plutôt que par l'intensité des phénomènes d'assimilation et l'encombrement de déchets qui en résulte, la croissance entraîne une sorte de surmenage physiologique. Ce surmenage physiologique peut se doubler de fatigues extrinsèques à l'individu. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de surmenage accidentel.

L'analogie des symptômes que la fièvre de croissance présente avec certaines formes de fièvres de surmenage est imposée par cette pathogénie identique.

Que la neurasthénie soit donnée comme l'expression du surmenage physiologique, c'est contre cette interprétation que nous protestons.

Dans son mémoire sur la neurasthénie, paru il y a peu de mois, Bouveret admet deux formes de cette affection : la forme héréditaire qui se montre entre 15 et 20 ans et la forme acquise qui est observée entre 30 et 50 ans (p. 9).

Sans doute le fonctionnement exagéré du cerveau exerce une influence manifeste sur le développement de la neurasthénie : mais point n'est besoin d'être à l'âge de croissance pour que cette influence marque ses résultats. On devient neurasthénique à tout âge, comme dans l'âge mûr, les centres nerveux trop fortement irrités par des travaux excessifs, des chocs traumatiques, des ambitions exaspérées et déçues, d'autres causes encore subissent les lois de l'épuisement. C'est cet épuisement qui crée la neurasthénie; ce n'est pas la croissance. Ainsi que nous le disions dans notre mémoire, la croissance n'est pas l'auteur de la pièce, ce n'est que la scène où la pièce se joue.

M. Springer consacre 5 pages à l'influence de la croissance sur le système vasculaire et n'expose pas de vues originales à ce sujet. Il existe au moment de la puberté une hypertension artérielle constatée par Beneke. C'est à cette hypertension de la pression sanguine que nous avons attribué les cardiopathies de croissance. M. le Dr Huchard, dans une leçon clinique récente, publiée par le « journal de médecine et chirurgie pratiques » émet une opinion analogue. Il nous avait semblé que les cardiopathies de croissance consistaient principalement en dilatations, siégeant de préférence sur le cœur droit. Le cœur gauche, en raison de la résistance plus grande de ses parois était atteint moins fréquemment.

M. Springer parle de la chlorose et pense qu'il est difficile d'établir le rôle que la croissance peut jouer dans le développement de cette affection. Nous avons cité un certain nombre de faits qui nous ont imposé l'opinion suivante : « L'hérédité accorde une certaine taille aux différents âges de l'enfant; quand cette mesure est dépassée, il peut se produire une diminution de l'hémoglobine. La chlorose éclate dans les mêmes conditions ».

En parlant du système lymphatique, considérer la scrofule comme une maladie liée essentiellement à la croissance (p. 118) nous semble une hypothèse qui mériterait une discussion approfondie. La syphilis et la tuberculose se partagent une bonne partie du bagage symptomatique attribué jadis à la scrofule. Une certaine réserve doit être de mise avant de rendre la croissance adjudicataire du reste.

L'auteur termine son mémoire par la relation de ses recherches expérimentales. Il a étudié l'action des sels dans la croissance et arrive à cette curieuse conclusion : Que la composition chimique des os est à peu près la même chez les animaux nourris sans sels et ceux dont l'alimentation renferme des sels.

Le tissu cellulaire aurait suppléé chez les premiers à cette absence de sels, et c'est au détriment de ce tissu que les os auraient dû leur formation.

En résumé le mémoire du Dr Springer est comme le dit l'auteur lui-même, un travail de synthèse, mais ce travail, si remarquable soit-il dans son introduction et dans certaines pages ultérieures, ne laisse pas que d'être un peu prématuré, basé qu'il est sur des faits encore mal connus.

FIESSINGER.

## BULLETIN

LE CHOLÉRA. — MESURES DE PRÉCAUTIONS AU POINT DE VUE INTERNATIONAL.

L'épidémie de choléra, qui a commencé au mois de juin en Espagne, où elle continue d'ailleurs ses ravages, qui a ensuite éclaté en Asie-Mineure parmi les pèlerins de la Mecque, a, à l'occasion de ce pèlerinage, ramené l'attention sur les mesures à prendre par les divers gouvernements d'Europe, pour éviter le plus possible les chances d'envahissement.

Nos lecteurs ont dû lire dans notre avant-dernier numéro les propositions qui ont été faites par le gouvernement italien, qui n'a d'ailleurs fait que reprendre celles qui, en d'autres temps, avaient été faites par le gouvernement français et qui n'avaient pas abouti.

Il est certain qu'ici l'intérêt général est tout indiqué, et que les dommages que peuvent subir le commerce et l'industrie du fait des quarantaines, ne doivent pas entrer en ligne de compte auprès de la santé publique et des pertes en hommes qu'une épidémie de choléra entraîne, quelque bénigne qu'elle soit.

Les propositions italiennes auxquelles la France a adhéré en principe, méritent d'être prises en sérieuse considération, et la surveillance des provenances d'Orient doit être exercée en tout temps avec la plus extrême rigueur.

En l'absence d'une entente commune, les gouvernements se défendent séparément et prennent des mesures plus ou moins rigoureuses, soit dans leurs ports, soit dans leurs possessions coloniales.

Le Portugal a prescrit une quarantaine à Marvas et à Elvaz; l'Italie a suivi cet exemple en imposant aux navires venant de tout pays une observation de rigueur à Massaouah. Ceci est fort bien. De notre côté nous défendons nos ports et nos frontières, d'autres gouvernements font comme nous. Mais, qu'un pays, au point de vue commercial ou militaire, ait intérêt à passer outre, aux mesures nécessaires, voilà le reste de l'Europe menacé.

D'après le projet italien les Etats européens seraient tous représentés à la commission sanitaire de Constantinople. Une autre commission analogue serait créée en Perse; enfin une troisième aurait pour mission la surveillance des navires l'une à Bab-el-Mandeb, l'autre à Suez.

Rappelons d'ailleurs, comme nous le disions, il n'y a qu'un instant, que le gouvernement italien ne fait que reprendre en sous main un ordre d'idées souvent mises en avant et défendues en France. C'est cette dernière qui, en 1880, envoya des médecins pour combattre l'épidémie, à Constantinople, le Caire, Beyrouth, La Mecque: c'est elle qui en 1851 convoqua à Paris le premier congrès international, dont le but était d'élaborer précisément un règlement sanitaire. Ce dernier, qui entra en vigueur en 1853, régit les commissions sanitaires qui existent en Turquie et en Egypte, et grâce auxquelles on peut exercer quelque surveillance sur les pèlerins qui reviennent de La Mecque.

En 1881 eut lieu une nouvelle réunion du congrès qui décida que les puissances européennes auraient la surveillance de la Mer Rouge, des ports de l'Egypte et des routes qui sont suivies habituellement par les musulmans se rendant au pèlerinage de La Mecque, ou qui en reviennent.

Mais l'occupation de l'Egypte par les Anglais a bouleversé cette organisation. L'Angleterre déclara que jamais elle ne reconnaîtrait les décisions d'une commission, qui pourraient porter préjudice à son commerce. La commission anglo-égyptienne qui fut constituée par les Anglais au lieu et place de l'organisation sanitaire existant jusque-là, ne voulut rien faire et nous eûmes les épidémies de 1883, 1884, 1886.

Il y a donc lieu d'intervenir dans le but de reconstituer la barrière que l'Europe avait élevée et qui s'était montrée efficace, et à rechercher de quelle façon on peut soumettre à la nouvelle réglementation tous les états, même les plus récalcitrants.

H. Barbier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Effectif des étudiants. — Le ministère de l'instruction publique vient de faire le relevé des étudiants de toutes catégories fréquentant les facultés françaises, en prévision de la discussion qui s'engagera devant le Sénat à la session prochaine sur le projet de loi relatif à la création des universités.

A la fin de l'année scolaire actuelle le nombre des étudiants de toute espèce et de toutes nationalités s'élevait à 16,857, dont 15,316 français et 1,271 étrangers. (Il importe de remarquer, en passant, que l'effectif total des étudiants était en 1875, de 9,863 seulement. En quinze ans, le nombre des étudiants s'est donc accru de 66 0/0).

Voici comment les 16,857 étudiants d'aujourd'hui se répartissent entre les Facultés et écoles des divers ordres :

| | |
|---|---|
| Faculté de médecine | 5.843 |
| Faculté de droit | 4.570 |
| Faculté des sciences | 1.278 |
| Faculte des lettres | 1.834 |
| Ecoles supérieures de pharmacie et de faculté mixte | 1.590 |
| Ecoles secondaires de médecine et de pharmacie | 1.371 |
| Faculte de théologie protestante | 101 |

Dans les facultés et écoles de Paris il y a 8,653 étudiants, soit 52 0/0 de l'effectif. Voici au surplus le détail pour les diverses facultés de Paris :

| | |
|---|---|
| Faculté de médecine | 4.319 |
| Faculte de droit | 2.059 |
| Faculte des sciences | 442 |
| Faculté des lettres | 70 |
| Faculte de théologie protestante | 32 |
| Ecole supérieure de pharmacie | 1.C08 |

Les 1,271 étudiants étrangers fréquentent, pour la plupart, les facultés de Paris; sur ce nombre, il y en a effet 1,078 à Paris, soit 85 0/0 environ.

Il est assez curieux de savoir à quelles nationalites appartiennent principalement ces 1,271 étudiants étrangers.

La statistique révèle qu'il y a :

989 Européens, dont 313 Russes, 159 Roumains et 122 Turcs;
201 Américains, dont 173 venant des Etats-Unis;
68 Africains, dont 51 Egyptiens et 13 Mauriciens;
12 Asiatiques;
1 Australien.

Ces 1,271 étudiants se classent ainsi par nature d'études :

907 suivent les facultes de médecine; 240 les facultes de droit; 58 les facultés des sciences; 24 les facultés des lettres; 39 les écoles de pharmacie ou les facultés mixtes; 3 les facultés de théologie protestante.

LE CHOLÉRA.

*Espagne.* — Voici le total des cas et des décès constatés depuis l'apparition du choléra :

Province de Tarragone : 49 cas, 15 décès.
Province d'Alicante : 153 cas, 97 décès.
Province de Badajoz : 80 cas, 48 décès.
Province de Tolède : 248 cas, 142 décès.
Province de Valence : 2,240 cas, 1,119 décès.
Province de Madrid : 18 cas, 10 décès.

Soit en tout 2,788 cas et 1,431 décès : soit en moyenne 51.32 décès pour 100.

L'épidémie continue.

*Egypte.* — L'épidémie semble stationnaire et la santé publique reste excellente en Egypte.

Néanmoins la plus grande surveillance est à exercer non seulement pour les provenances de la Mer Rouge, reconnues et déclarées, mais surtout pour les pèlerins qui cherchent à éviter la quarantaine. A cet effet, un croiseur doit empêcher

tout débarquement de pèlerins qui voudraient échapper aux mesures d'isolement et d'assainissement.

*Mésopotamie.* — Le choléra y continue ses ravages, mais ne semble pas avoir franchi la frontière russo-persane.

## NOUVELLES

*Nécrologie.* — M. GAVARRET. — Les journaux extra-scientifiques ont déjà annoncé la mort du professeur Gavarret. Né à Astaffort (Lot-et-Garonne), le 28 janvier 1809, Louis-Dominique-Jules Gavarret fut admis à l'Ecole polytechnique en 1829. Officier d'artillerie après ses études spéciales, il se démit de son grade en 1833, et se mit à étudier la médecine. Elève d'Andral, celui-ci se l'attacha comme collaborateur, lors de leurs recherches sur le sang et la physiologie du cœur. Reçu docteur en médecine en 1843, il concourut la même année pour la chaire de physique médicale de la Faculté vacante par suite de la démission de Pelletan; nommé à la suite de brillantes épreuves, il ne tarda pas à transformer cette chaire, voulant que la physique médicale devînt non une science purement accessoire, mais une annexe de la médecine. Ses travaux sur l'*électricité*, la *chaleur animale*, les *mouvements et bruits du cœur*, etc., sont trop connus, pour qu'il soit nécessaire de les énumérer dans cette courte notice. Son auteur, nommé en 1858 membre de l'Académie de médecine, a présidé la savante compagnie en 1882. Nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur en 1879, il a pris une part active à tous les projets d'organisation et de réorganisation de la médecine éclos depuis cette époque. — M. Gavarret, dont la santé déclinait visiblement depuis la mort de sa femme, est décédé vendredi dernier chez M. le professeur Lannelongue, à Valmont, où il se trouvait en villégiature. Ses obsèques ont eu lieu à Paris, mercredi 3 courant. Des députations de l'Académie et de la Faculté l'ont accompagné à sa dernière demeure, mais, conformément à la volonté du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. La *Gazette médicale* appréciera prochainement la valeur des travaux considérables du professeur Gavarret, qui aimait à s'appeler le seul survivant des professeurs de la Faculté nommés au concours. Dr A. D.

***

*Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 22 août 1890, M. Mathis (Claude-Constant-Victor), médecin principal de première classe, directeur du service de santé au 17e corps d'armée, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Ganjot, admis dans la section de réserve.

***

*Ecole de médecine d'Alger.* — Par arrêté en date du 18 août 1890, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE

### HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CORPS FIBREUX.

Par le Dr Martel,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'hystérectomie vaginale (kolpo-hystérectomie) n'est pas à vrai dire une opération nouvelle. Appliquée dès le commencement du siècle, et à plusieurs reprises, au traitement du cancer de l'utérus, décrite et bien réglée par Récamier (1829), elle était tombée dans l'oubli d'où l'ont retirée en 1873, Czerny et Billroth, poussés à ce retour en arrière par la mortalité excessive des procédés plus nouveaux, celui de Freund en particulier. C'est à 1882 seulement que remontent, en France, les faits dont MM. Péan et Demons se disputent la priorité.

Bientôt sa bénignité relative a frappé les opérateurs qui dans le traitement des fibro-myômes luttaient péniblement contre les difficultés et les dangers de la laparotomie, avec 50 0/0 seulement de succès. Aussi, dès 1879, Czerny, et 1882, M. Péan ont pratiqué l'extirpation, par voie vaginale, de l'utérus atteint de lésions non cancéreuses, mais qui exigeaient son ablation totale.

Pour l'historique et la bibliographie, voir les Revues de M. Schwartz (*Revue de Chirurgie* 1882 et 1883), et la thèse de M. Gavilan (Paris, 1888), qui donnent de très nombreuses indications tant sur l'hystérectomie en général, que sur son application au traitement des corps fibreux. J'y ajouterai quelques renseignements récents puisés dans une communication personnelle de M. Richelot, que je remercie de son obligeante bienveillance.

L'hystérectomie vaginale est partielle ou totale : je ne m'occuperai que de cette dernière.

La voie d'accès étant plus étroite que l'incision abdominale, le volume de la tumeur à enlever constitue une circonstance capitale; sa situation, sa mobilité fournissent aussi des éléments importants pour le choix du procédé.

La forcipressure hémostatique, préventive et définitive, introduite dans la pratique par M. Péan, systématisée et vulgarisée dans l'hystérectomie par M. Richelot, a facilité le manuel opératoire, et augmenté sa sécurité. Le morcellement élevé par le premier à la hauteur d'une méthode générale a permis d'attaquer et d'extraire des tumeurs autrement inabordables. La fortune déjà brillante de l'opération de Récamier s'est ainsi accrue, et les résultats favorables du début, se sont encore améliorés, bien qu'il soit peut-être difficile de dire jusqu'à quel point les statistiques sont complètes; car les faits publiés ne sont pas encore très nombreux et la proportion des succès est très considérable. Sur 14 cas, français et étrangers, la mortalité est de 14,29 0/0 et devrait être abaissée à 7,14 par l'élimination d'un de ces faits, où la mort fut causée par des circonstances étrangères à l'opération. — Thèse de Gavilan.

Je puis à cette liste ajouter deux autres opérations suivies de succès, une de M. Richelot, inédite (1889), et celle qui fait le sujet de ce travail.

## FEUILLETON

### CAUSERIES MÉDICALES,

Le public, par le Dr Fiessinger.

*(Suite)* (1).

Le public est bavard. Il a la rage de l'information renforcée à grande intensité de commentaires. L'estime admirative dont un homme jouit dans sa localité est souvent due à l'habileté qui le fait arriver bon premier dans l'annonce d'une nouvelle; et cette nouvelle, chacun de l'amplifier et de l'enjoliver de détails à relief.

La santé étant chose essentiellement instable et la mieux établie croulant avec la rapidité d'un ministère, il y a matière à discourir sur un tel événement dont la brusquerie à surprises grise la curiosité, comme un alcool absorbé à jeun.

Le médecin, détenteur de secrets multiples, est assailli par l'importun, créé pour les divulguer. Obsédé de questions indiscrètes, que le médecin se résigne à les subir, comme un bourdonnement de mouche obstinée à revenir en dépit des coups de main qui la chassent. Qu'il ne se fâche jamais. L'importun auquel il a à affaire est pointilleux sur le chapitre de la politesse. La mission de ce courrier aux renseignements étant d'annoncer quelque chose de nouveau, il lui faut du nouveau où qu'il le trouve. Un médecin qui se soustrait avec impatience à ses investigations, est classé comme mal élevé d'abord, comme incapable ensuite. C'est encore du nouveau cela, mais du nouveau aux dépens du médecin. Ce dernier doit éviter que sa réputation soit découpée en tranches offertes comme régal à une galerie friande de malins propos. Aux sollicitations de confidences, il accordera quelques phrases d'une banalité nuageuse, dont la trame s'effiloche à la première réflexion.

*
* *

(1) Voir les numéros 30, 32 et 33.

Les observations citées sont loin de se rapporter toutes à des cas faciles et avantageux. On ne peut qu'être frappé au contraire de la hardiesse heureuse de certaines opérations, durant jusqu'à 4 heures, véritables exploits chirurgicaux qu'il faut bien admirer, mais non proposer pour exemples.

Les résultats, tels que nous les connaissons, sont d'autant plus satisfaisants que la nature de la maladie ne laisse pas à craindre de récidive, et que, par comparaison à l'hystérectomie abdominale, la guérison est plus sûre et plus complète, radicale, faisant table rase; car il ne reste en arrière ni pédicule adhérent, source de tiraillements douloureux, ni moignon abandonné dans le ventre, reliquat suspect, sur les dangers duquel il y a encore beaucoup à dire, malgré les progrès récents de la technique opératoire, en particulier, l'emploi de la ligature élastique perdue (Terrillon. Société de chirurgie 1889 et Richelot (communication de faits inédits).

L'extirpation est totale pour l'utérus, et au besoin pour les annexes. Pas d'opérations incomplètes, avec ces inconvénients consécutifs qui ont amené Bardenhener à tenter un effort inutile d'ailleurs, pour réhabiliter, dans le traitement des corps fibreux, la méthode mixte de Freund, déjà abandonnée (Schwartz, *Revue de Chirurgie* 1882) et qui peut être considérée seulement comme une ressource ultime pour achever à tout prix une opération intempestivement commencée par l'une ou l'autre voie.

Le manuel opératoire, si bien réglé par Récamier, perfectionné dans ces dernières années et devenu classique, a été établi en vue d'une lésion qui altère peu le volume et la forme de l'organe à enlever. Il n'est donc applicable régulièrement qu'aux faits qui s'en rapprochent anatomiquement, c'est-à-dire aux très petites tumeurs. Mais dans le plus grand nombre des cas les néoplasmes bénins de l'utérus n'attirent l'attention des patientes qu'après avoir atteint un certain volume. Le vagin sera difficile à franchir; les ligaments larges dissociés forment des brides irrégulières et résistantes, l'abaissement devient malaisé, insuffisant. Les premières incisions elles-mêmes, le pincement, les sections profondes, ne pourront se faire dans les conditions ordinaires. Il faudra recourir à des pratiques accessoires, hystérotomie préliminaire, excision partielle, morcellement qui se refusent à une description méthodique. Chaque cas pour ainsi dire se présentera avec des conditions différentes, des indications variées auxquelles il faudra savoir se plier, M. Péan donne une description très sommaire qui ne tient compte en apparence d'aucune difficulté (*Gazette des hôpitaux* 1889, p. 394). M. Gavilan, après avoir dit que « l'application du manuel opératoire aux corps fibreux ne change rien au procédé classique », croit cependant « fort utile d'insister sur les difficultés opératoires spéciales aux cas de fibromes », remplit trois grandes pages de conseils minutieux puisés dans l'analyse des observations, et il y a encore à y ajouter. L'opération que j'ai pratiquée m'a offert des particularités que je ne trouve pas nettement exposées dans ce consciencieux travail, ni dans les observations sur lesquels il se base, et qui m'ont inspiré une façon d'agir, sinon nouvelle, au moins quelque peu différente de ce que j'ai pu voir dans ces descriptions peut-être trop succinctes.

Il n'y a pas accord complet à l'heure qu'il est, sur les indications de l'hystérectomie vaginale.

Il faut d'abord qu'elle soit pratiquable, et en second lieu qu'elle soit préférable à toute autre opération concourant au même but. Nous supposons, bien entendu, établie l'impossibilité, ou l'impuissance du traitement médical.

L'extirpation peut toujours être menée à bonne fin, matériellement, et au point de vue strictement opératoire, puisque la ceinture osseuse, seule inextensible, livrera toujours passage à la main et aux instruments qui peuvent diviser, *morceler* la masse morbide, en réduire le volume à volonté. L'abaissement même n'est pas nécessaire. C'est donc le tempérament du chirurgien, sa confiance dans ses forces et sa dextérité, mais aussi une appréciation consciencieuse de ses moyens, qui, dans la pratique, fixeront pour chacun les limites qu'il peut atteindre, les cas où il devra recourir à une autre méthode d'exérèse, à une opération purement palliative, ou même s'abstenir complètement.

Sur tous ces points la discussion est encore fort animée.

Pour les trois grosses tumeurs, placées haut dans le ventre, on préfère généralement, et à bon droit, l'incision abdominale qui permet des opérations partielles, sérieusement palliatives, plus faciles et moins dangereuses, M. Péan étend plus loin dans ce sens que les autres chirurgiens, le champ d'action de l'hystérectomie vaginale.

L'extirpation partielle, ici comme dans le cancer, a été pratiquée avec succès. —(Péan, loco citato 1889). Mais lorsqu'elle est autre chose qu'un accessoire de l'hystérotomie vaginale,

---

Une joie constante pour le public mis en verve est celle qu'il éprouve à dire du mal des médecins. Ses traits d'esprit émoussés par leur passage à travers plusieurs siècles de générations secouent la foule du même rire contagieux qui désopilait déjà la rate atrabilaire de nos grands-pères.

Du temps de Molière, médire d'un médecin était un lénitif rafraîchissant qui tempérait l'âcreté des humeurs; aujourd'hui, c'est encore un remède accepté d'enthousiasme.

On se moque volontiers des gens dont on peut avoir besoin : on se libère ainsi par une vengeance anticipée des services qu'ils vous rendront un jour.

Le public a l'oreille ouverte à tous les bruits discréditant la profession médicale. Il les compulse avec un scrupule de juge d'instruction; puis l'imagination entrant en branle, d'une note insignifiante tire un motif à trémolos tragiques. Le grand chef d'orchestre, dans cette improvisation outrée, se trouve être le journaliste moderne. Nos confrères militaires en savent quelque chose : qu'un soldat vienne à succomber inopinément, de la presse à un sou, s'élève un concert d'imprécations redondantes, assourdissantes, enlevées à grand renfort de grosse caisse et cuivres tapageurs.

Pardonnons leur cacophonie à ces malheureux. Demain, la mine piteuse, comme des gamins pris en maraude, ils nous imploreront dans notre cabinet, amenés par ce vigilant garde-champêtre qu'on nomme la maladie.

***

Saisir dans une consultation donnée par plusieurs médecins, les contradictions qui s'y choquent constitue un plaisir non moins réjouissant. La loupe à la main, le public dépouille chaque ordonnance, scrute, pèse, compare. Un cri de satisfaction souligne les différences dont il exagère sciemment la portée. Il lui semble qu'un bonheur lui tombe du ciel quand il découvre qu'un médecin conseille les sangsues et un autre les ventouses.

Le besoin d'opposer les médecins les uns aux autres ne se borne pas à cet épluchement de prescriptions. Faire livrer bataille aux médecins eux-mêmes, cela revit encore plus.

Pour arriver à ce résultat, le moyen est simple.

quand les délabrements sont considérables, le péritoine ouvert largement, on peut se demander jusqu'à quel point il y a avantage à conserver un moignon d'utérus lacéré et contus. Sans parler de ce qui peut se passer en cas de grossesse future, ne peut-il y avoir là une cause immédiate de danger? Dans la 8e observation de la thèse de Gavilan, seul cas de mort, parmi les faits publiés jusqu'ici, imputable directement à l'opération, l'insuccès est attribué par l'opérateur « *à la présence dans la cavité péritonéale de la partie du fond de l'utérus, éminemment septique, tenant encore au ligament large gauche* ».

L'extirpation complète peut donc être à la fois une simplification des manœuvres opératoires, et une diminution de danger pour les suites.

Les lésions inflammatoires des annexes dans les cas de corps fibreux ne m'ont pas paru aussi fréquentes que le disent certains auteurs, ou du moins elles ne se traduisent pas par des phénomènes appréciables, même au cours de l'opération. Mais l'observation de MM. Duplouy et Bodet (Congrès français de chirurgie 1886), bien qu'ayant trait à une affection cancéreuse, montre combien les suppurations péri-utérines peuvent dans l'hystérectomie jouer un rôle néfaste, comme difficulté opératoire et même comme cause de mort. La constatation d'un abcès de ce genre serait donc une contre-indication à l'opération, ou un motif au moins de la différer jusqu'à ce que cette complication fût guérie (1).

Lorsque prédominent surtout les troubles physiologiques, hémorrhagies plus ou moins périodiques, douleurs névralgiformes, la castration ovarienne, véritable nouveauté en chirurgie, est mise en balance avec l'extirpation de l'utérus, et jouit d'une telle vogue, qu'en Amérique notamment elle a barré le passage à celle-ci.

Sa prétention dans le traitement des fibromes est de supprimer, à moins de frais, sinon le corps du délit, du moins les accidents dont nous venons de parler, et aussi de favoriser par une ménopause artificielle, la régression atrophique des néoplasmes.

En France même M. Richelot (Société de chirurgie 1888) a cru devoir s'excuser pour ainsi dire, d'avoir préféré dans un de ces cas, l'extirpation totale à la castration. Il y a du reste excellemment établi que les mêmes lésions peuvent fournir des indications différentes, en particulier d'après la position sociale des malades.

L'extirpation isolée des annexes, logique pendant la période active de la vie sexuelle, ne peut prétendre, comme celle de l'organe principal, aux guérisons rapides, complètes, absolues, et ne sera préférée, en dehors bien entendu des maladies propres de la trompe et de l'ovaire, que pour les femmes qui peuvent s'entourer des soins et ménagements nécessités par une santé restée souvent chancelante. Pour celle au contraire qui doit vivre de son travail, se livrer aux fatigues du ménage, il importe, au prix d'une augmentation même réelle du risque à courir, de ne pas rester exposée à des douleurs réveillées par la marche, la station prolongée, les efforts, douleurs incompatibles avec la vie active.

Il resterait à établir encore que dans les cas où l'hystérectomie vaginale serait difficile et dangereuse, l'extirpation des annexes, ne le serait pas tout autant, malaisés qu'ils sont à atteindre, déplacés et entraînés par le développement des grosses tumeurs. La question se pose surtout chez les malades affaiblies par des hémorrhagies de longue durée, et elle est résolue différemment par les différents auteurs.

De plus, la ménopause naturelle, qui atténue les troubles réactionnels, est souvent impuissante à arrêter l'accroissement des tumeurs. La ménopause artificielle sera-t-elle plus constamment efficace?

Enfin, tout récemment le traitement électrique, avec sa double action myokinétique et électrolytique, avec sa technique perfectionnée, a élevé les mêmes prétentions que la castration ovarienne, avec le bénéfice d'une inocuité absolue. Il gagne du terrain, en Angleterre surtout; c'est en tout cas une ressource précieuse lorsque les opérations radicale ou palliative sont refusées, ou jugées impraticables.

L'accident opératoire le plus redoutable est la lésion des organes voisins, le rectum, la vessie, les uretères, qui, pour ces derniers surtout laisse après elle une infirmité pire peut-être que la mort, et justiciable seulement de la néphrectomie. Aussi bien par la voie vaginale que par l'incision abdominale, ces canaux ont pu être coupés ou saisis dans les pinces. On a reproché à la méthode de Richelot d'y exposer plus que les autres : mais je ne vois pas pourquoi la ligature

(1) En tenant compte des discussions toutes récentes de la Société de chirurgie, on pourrait trouver dans ces complications du côté des annexes un motif pour recourir de préférence à la laparotomie.

---

Il suffit d'une piqûre d'amour-propre.

Dire à un médecin que son confrère le proclame incapable, et cela, en variant selon les circonstances, les termes de l'expression, ce propos malveillant, répété au bon moment, fermente et produit des levains de haine qui aigrissent les rapports entre les deux confrères.

Le public est passé maître dans cet art de créer des inimitiés entre médecins.

Quand il vous consulte, peu satisfait de la consultation d'un autre, il met au service de son mécontentement une aperception très fine, trop fine même. Il n'imagine pas que vous restiez sourd à l'énumération de ses motifs de plainte. Prodigue en récriminations il vous fait partager tous les griefs qu'il a amassés contre l'autre confrère. Vous devenez comme une doublure de ses propres ressentiments.

Votre silence se transforme en dédain pour le confrère ; un tour de tête prend la signification d'un haussement d'épaule méprisant; une remarque se change en parole de dénigrement.

Votre médication n'étant pas suivie du succès qu'il en espérait, le public retourne vers ce premier médecin si fort maltraité devant vous. Il lui fait un récit complaisant de son passage dans votre cabinet, et manifestant une répugnance bien sentie pour de semblables procédés, ne cache pas à ce confrère que vous l'avez supérieurement dédaigné, méprisé et dénigré.

Les médecins se brouillent et le public se frotte les mains.

***

Ces petits travers d'esprit ne procèdent pas d'un mauvais fond. Envers le médecin, le public joue à l'espiègle. Il cherche à s'amuser.

Il subit encore la tournure d'esprit commune aux agglomérations d'individus.

Dans une foule, l'exécution de l'acte suit avec précipitation affolée l'incitation qui le provoque. L'enthousiasme, l'héroïsme, l'attendrissement, la lâcheté, toutes les qualités et tous les défauts jaillissent avec une impétuosité à laquelle

les épargnerait mieux que les mors de l'instrument au-delà desquels elle doit être placée.

Dans le cancer, le risque vient de ce qu'il faut fuir autant que possible les tissus malades et se rapprocher de la sangle uretéro-vésicale qui borde en avant et sur les côtés le champ opératoire.

Dans les fibromes au contraire on se tient en contact avec l'utérus et les tumeurs; aussi, malgré la déformation et le déplacement des organes, l'incertitude des mouvements qui souvent échappent à la vue, on ne la signale pas dans les observations publiées; mais il ne faut pas moins en envisager la possibilité, et, les rapports des parties toujours présents à l'esprit, redoubler d'attention en pratiquant le pincement et la division des tissus, et aussi l'extraction finale de la tumeur, qui ne doit pas brusquement distendre cette sangle plus ou moins mobile, dont l'anse lui livrera passage.

La vessie a été accrochée et déchirée par une pince de Muzeux. Observ. X de Gavilan. J'ai éprouvé un accident analogue, mais de moindre gravité, portant seulement sur la muqueuse vaginale. D'où la conclusion qu'il faut préférer, autant que possible, les instruments à mors courts, trapus, à pointes peu saillantes et fortement renversées en dedans, qui offrent à la fois plus de sécurité et une prise plus solide; plusieurs opérateurs en ont fait construire, modifiés de cette manière.

Pour l'hémostase, je suis par la pratique, autant et plus encore que théoriquement, partisan déterminé du pincement préventif et à demeure. La ligature ne me présente pas d'avantages visibles, et dans le traitement des tumeurs grosses et irrégulières, je ne me figure pas bien comment on pourrait l'appliquer, soit au début et même à la fin de l'opération.

Le séjour des pinces n'offre aucun inconvénient sérieux, pourvu qu'il ne soit pas inutilement prolongé, et qu'on prenne pour les maintenir quelques précautions élémentaires. J'en ai fait peut-être, et sans inconvénient, un véritable abus; mais aucune autre manière d'agir ne m'eût donné, en quittant mon opérée, une sécurité aussi complète au point de vue de l'hémorrhagie que, dans les circonstances spéciales où j'étais, je devais à tout prix prévenir.

(*A suivre.*)

## MÉDECINE LÉGALE

### DES PLIS DU PAVILLON DE L'OREILLE AU POINT DE VUE DE L'IDENTITÉ.

Dr Boulland (de Limoges).

La médecine légale a souvent recours à l'anthropométrie pour constater l'identité. Depuis quelques années surtout la méthode établie par M. le Dr Bertillon rend de signalés services dans la recherche des criminels récidivistes.

Toutefois des mensurations prises à des dates tant soit peu éloignées sur un même individu, ne peuvent cadrer et rester les mêmes que si le sujet a atteint le terme de sa croissance à l'époque où il a été soumis pour la première fois à ces mensurations.

Or, comme la criminalité n'est pas rare chez les jeunes gens en voie de développement, l'anthropométrie devient inapplicable dans un certain nombre de cas.

C'est pour ce motif que nous avons cherché un procédé qui obvie à cet inconvénient.

Toutes les parties de l'organisme sont sujettes au bout de quelques années, ou même de quelques mois à subir des modifications notables. Seul le pavillon de l'oreille semble échapper d'une façon presque absolue à cette règle : sa croissance et son développement complet s'effectuent en effet très prématurément, et nous avons pu constater sur un assez grand nombre de photographies d'enfants que nous retrouvions arrivés à l'âge adulte, l'immuabilité des plis de cet organe.

Après une assez longue série d'observations, nous avons constaté qu'il était fort rare de rencontrer deux sujets présentant des plis de l'oreille absolument semblables et même de trouver sur un même individu les deux oreilles complètement symétriques.

En prenant comme type une oreille de conformation parfaite nous avons vu que les parties constituantes du pavillon qui présentent le plus souvent des modifications sont par ordre :

1° Lobule; 2° hélix; 3° tragus; 4° anthélix; 5° antitragus.

Nous n'avons pas fait entrer en ligne de compte les dépressions et les échancrures, car elles ne sont en général modifiées dans leurs dimensions que par le fait des changements survenus dans les saillies qui les entourent. Il ne sera donc pas

---

la réflexion absente n'oppose pas de contre-pression modératrice.

Il est à remarquer du reste combien une foule manifeste d'indifférence aux causes d'émotion qui sollicitent les sphères supérieures de l'activité cérébrale. L'amour de l'art, l'attention soutenue, la volonté raidie par un but, le sang-froid dans l'agitation ambiante, tous ces attributs d'un esprit élevé, dont l'entrée en scène est réglée par le cerveau qui commande, demeurent dans la coulisse, privés de chef.

Une foule n'est accessible qu'à des sensations peu complexes; celles qui secouent violemment les nerfs en mettant en jeu un minimum de travail intellectuel.

De là l'attraction qu'exercent pour les discussions politiques, les représentations théâtrales, les récits merveilleux.

Le public, par les côtés où il frôle le médecin, présente, à des intensités diverses, ces particularités de l'organisation nerveuse.

Son goût pour l'extraordinaire, pour les remèdes étranges et les traitements incompréhensibles, témoigne de la tendance à accepter sans contrôle les choses qui l'impressionnent vivement. Dans sa fidélité aux préjugés, il se glisse comme un besoin délicieux de vivre sans fatigue. Son indolence écarte les observations intempestives propres à bousculer les cases où chacun a disposé bien en ordre les notions superficielles amassées un peu sur tout, à droite et à gauche, au petit bonheur.

Dans la guerre qu'il déclare aux erreurs, le médecin se heurte à des difficultés de réussite soulevées par cette inertie têtue. Le raisonnement n'a guère de prise sur des milieux où des impressions concrètes ont élu domicile, apportant avec elles un bagage d'idées fausses. Ces impressions ne céderont la place qu'à d'autres aussi tangibles, aux épaisses. Puissiez-vous faire pénétrer, à la faveur de cette irruption seconde dans un cerveau obscur, quelques flambées de vérité.

La première condition qui mènera à bien votre entreprise, est assurée par l'attention du public mise en éveil. L'instinct de la conservation menacé vous fournira votre second élément de succès.

question de la conque et de son échancrure, de la gouttière de l'hélix et de la fossette de l'anthélix.

Les plis de l'oreille présentent tous un bord qui décrit à peu près un segment de circonférence. Ces bords sont sujets à quelques modifications qui sont les mêmes pour tous. Le plus souvent, ce bord présente un angle qui se rapproche plus ou moins de l'angle droit ou de l'angle aigu. Nous figurons ces deux modifications par les signes de convention L et V. Pour le tragus, il existe dans bon nombre de cas une bifidité que nous désignerons par W. Quant à la fusion du lobule avec la partie avoisinante de la face, nous l'indiquons par la lettre H.

Enfin, tous les plis de l'oreille peuvent être eu ce qui concerne leurs dimensions, modifiés en plus ou en moins, ce que nous représentons par les signes + ou —, ou disparaître complètement, ce que nous indiquons par le chiffre 0.

L'hélix est un des plis dont l'augmentation ou la diminution de volume est le plus souvent constatée. On voit fréquemment son bord sur un ou plusieurs arcs sous-tendus. D'autres fois au contraire le repli qui forme la gouttière manque plus ou moins complètement.

L'anthélix présente un degré d'écartement très variable de ses branches de bifurcation qui parfois se recourbent l'une vers l'autre ou bien se renversent en sens contraire. L'anthélix offre aussi quelquefois un accroissement très marqué dans sa largeur. Enfin fréquemment elle cesse avant d'avoir atteint l'antitragus et se trouve remplacée en ce point par une sorte de dépression.

Telles sont les modifications qui s'observent dans la conformation des plis du pavillon. Nous ajouterons enfin que les diverses parties constituantes de cet organe peuvent présenter de petites nodosités cartilagineuses que nous désignons par un point.

Avec ces huit signes et les numéros d'ordre des plis nous pouvons donc faire toute notre notation.

Et maintenant si nous voulons faire le relevé de ces conformations d'oreilles nous procéderons ainsi :

Après avoir classé les sujets par sexe, nous constaterons si les oreilles d'un même individu sont symétriques ou asymétriques, ce qui nous donnera déjà une seconde subdivision. Nous noterons ensuite toutes les anomalies d'après les signes de convention déjà indiqués et alors nous inscrirons en ligne et par ordre les numéros qui représentent chaque pli pourvu d'une anomalie, ce qui nous donnera un chiffre sous lequel notre sujet se trouvera inscrit. Si les deux oreilles sont asymétriques nous aurons un chiffre pour chacune d'elles, et nous inscrirons en premier celui de l'oreille droite.

Grâce à ce moyen des plus simples et qui nous fournit des combinaisons de chiffres pouvant aller de 1 à 123,452,345, il arrive que chaque chiffre ne s'applique plus qu'à un très petit nombre de sujets semblables que nous pouvons alors distinguer entre eux par les signes conventionnels déjà indiqués.

Toutefois, après être arrivé à ce groupe restreint qui ne contient plus que le signalement de quelques individus, il nous semble prudent de faire la contre-épreuve en recommençant une seconde fois ces recherches non plus avec les chiffres, mais avec les signes de convention.

Aussi faisons-nous toujours deux cartons pour chaque sujet de façon à avoir deux classifications qui doivent se contrôler l'une l'autre.

Nous examinons donc successivement les cinq saillies en commençant par le lobule. Nous notons les augmentations ou les diminutions de volume en la présence de ces deux modifications sur deux points différents d'un de ces plis (+, —, — +, 0), nous recherchons aussi les différences de conformation des bords (L, V, W), l'adhérence du lobule (H) puis les nodosités cartilagineuses (.). En procédant ainsi par la méthode dichotomique, si nous aboutissons au même groupe que celui fourni par notre première recherche, nous avons la certitude pour ainsi dire absolue de n'avoir pas fait fausse route.

Ce système de double vérification nous semble devoir écarter d'une façon presque complète toute cause d'erreur.

Enfin, rien n'empêche pour plus de sécurité, de recourir par surcroît aux signes habituels du signalement tels que la couleur des yeux, des cheveux, et de noter aussi les lésions pathologiques du pavillon.

Ajoutons en passant que l'oreille est l'organe par lequel la ressemblance se transmet le mieux des parents à leurs descendants, et qu'on pourrait peut-être par la notation des plis reconnaître les substitutions d'enfant.

---

Des épidémies comme le choléra répondent à la formule de cette double obligation. Elles jouissent de ce privilège de dresser, contre leur marche en avant, tous les efforts unis d'une population terrorisée. Pendant des semaines, des flots d'encre font bouillonner les réformes les plus méritoires. Puis cette ardeur exaltée d'améliorations hygiéniques s'éteint un matin, noyée brusquement sous le trop-plein des projets répandus. Le progrès est tué par son excès de vitalité. Tels les microbes décrits par Bouchard qui sécrètent en même temps le virus et le contre-poison de ce virus.

Une réforme n'a de chances d'aboutir que poussée lentement et sans fracas.

Encore le médecin, servi par les circonstances, n'arrive-t-il à dispenser les bienfaits de l'hygiène que par quantités infinitésimales. Le public ne se résigne qu'aux doses homœopathiques.

Plâtrage des vins. — A la suite d'une réunion du comité de direction des services de l'hygiène et sur ses propositions, le ministre de la justice vient d'envoyer une circulaire nouvelle aux procureurs généraux sur le plâtrage des vins, leur prescrivant de tenir comme non avenue une circulaire précédente du 23 août.

On sait que cette circulaire invitait les procureurs généraux à ajourner à un an l'exécution des instructions du 27 juillet 1889 et du 27 août 1886, tolérant provisoirement le plâtrage au-dessus de 2 pour cent.

Le comité de direction des services de l'hygiène ayant émis l'avis qu'un plâtrage supérieur à 2 pour cent était nuisible à la santé publique, la récolte de 1890 sera soumise aux instructions de 1880 et 1886.

*
* *

## CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. le Dr BARTH.

### DE L'ÉPISTAXIS DANS LE MAL DE BRIGHT.

Leçon recueillie par M. FAURE MILLER, interne du service.

*(Suite et fin).* (1).

Contre l'hémorrhagie je ne prescrivis directement aucun hémostatique, mais instituai un régime très sévère : l'usage exclusif du lait, l'abstention complète du vin, de bouillon, de jus de viande quelconques ; je conseillai d'éviter toute fatigue, de tenir le ventre libre au moyen de purgatifs légers, et surtout de prendre les plus grandes précautions contre les changements atmosphériques de température. J'ajoutai à ce traitement une potion avec du bromure de sodium ; je vous indiquerai tout à l'heure pourquoi j'emploie assez volontiers ce dernier sel dans l'affection qui nous occupe.

Par l'observation rigoureuse de ce traitement, les épistaxis disparurent rapidement ; alors je remplaçai le bromure par l'iodure de potassium, en recommandant bien à la malade d'en suspendre l'usage dès qu'elle remarquerait les moindres symptômes congestifs de la muqueuse nasale.

Actuellement elle va beaucoup mieux ; la marche de la néphrite a été sinon arrêtée, au moins ralentie. La valeur séméiologique de l'épistaxis a été remarquable dans ce cas ; je n'insisterai pas davantage sur l'importance d'un diagnostic précoce de la lésion rénale ; il tient sous sa dépendance le traitement qui, appliqué à temps, peut prolonger pendant de longs jours encore la vie du malade.

Dans d'autres cas, il y a déjà plusieurs mois que la néphrite évolue et que l'on en a constaté les symptômes caractéristiques, l'épistaxis n'aura pas alors une valeur bien grande au point de vue du diagnostic ; mais elle en aura une considérable pour établir le pronostic. C'est dans cet ordre d'idée que nous en trouverons l'application pour notre homme du n° 19, de la salle Delpech ; elle nous en a révélé l'état général grave ; elle nous a indiqué l'imminence de troubles sérieux, car si l'accident épuisant par lui-même ne se renouvelle pas, le malade se trouve cependant menacé de phénomènes urémiques et nouveaux, qui ne nous permettent d'espérer qu'une survie de peu de durée. En un mot, si l'épistaxis nous paraît un symptôme grave dans le cas actuel, c'est que nous soupçonnons que sa pathogénie est liée d'une façon générale à celle des autres manifestations urémiques, manifestations qui constituent une série dont l'une ou l'autre des parties peut éclater tout à coup, et dont les conséquences sont des plus sérieuses.

— Quel est le mécanisme de l'épistaxis dans le mal de Bright ? Certains auteurs, frappés surtout par les phénomènes congestifs, et considérant qu'elle se produit souvent au début de la lésion, ont émis l'opinion qu'elle est l'effet d'une pression sanguine excessive due elle-même à l'hypertrophie cardiaque. C'est donc principalement l'hypertension qu'il faudrait incriminer, hypertension qui amènerait une épistaxis par congestion active, les capillaires se rompant sous la tension artérielle exagérée.

D'autres auteurs, adaptant d'une façon plus serrée leur théorie à l'observation des faits, et se fondant surtout sur l'apparition tardive cette fois des épistaxis et des autres hémorrhagies à la période terminale de la néphrite, se sont attachés à rechercher la cause de ces écoulements dans une altération du sang lui-même, sans tenir compte de l'hypertension artérielle qui est cependant un phénomène de première importance. En conséquence les parois vasculaires nourries par un sang de mauvaise qualité deviendraient moins solides, moins résistantes, se romperaient des lors plus aisément ; puis comme second terme de la théorie, le sang épanché hors des capillaire, ne pourrait plus, de par ses qualités défectueuses, se constituer en un caillot suffisant, et l'épistaxis apparaîtrait avec ses caractères de durée, d'incoercibilité et de répétition.

Enfin, une troisième opinion met en lumière les lésions athéromateuses des parois des vaisseaux ; c'est une question qui a été surtout bien étudiée par les auteurs anglais et principalement par Gull et Sutton. L'athérome rend friables au suprême degré les parois des capillaires ; et celles-ci, à l'occasion d'un mouvement même minime dans la pression sanguine, tel qu'un changement de temps, tel qu'une digestion défectueuse, se brisent sans pouvoir, à cause des lésions dont elles sont le siège, revenir sur elles-mêmes et favoriser ainsi l'hémostase spontanée.

Comme dans beaucoup d'autres théories de pathogénèse, la vérité, à mon sens, ne réside pas dans une seule de celles qui ont été avancées, mais peut être tirée à la fois de chacune d'entre elles. Les données que nous y avons trouvées contribuent et concourent toutes ensemble à la production de l'épistaxis ; elles nous en expliquent parfaitement et la gravité et la fréquence. La congestion et l'hypertension artérielles existent incontestablement au début de la néphrite interstitielle, qui est sous la dépendance de nombre d'états arthritiques aigus ou chroniques, d'origine héréditaire ou acquise (alcool, saturnisme, goutte, etc.). Ce sont là tous états congestifs par excellence. Il est donc peu étonnant que, à l'occasion d'une cause qui exagère la tension artérielle, celle-ci amènera la rupture des capillaires et l'épistaxis, laquelle constituera dès lors un phénomène prodromique.

A une période plus avancée de la maladie, les phénomènes invoqués dans les autres théories viennent s'adjoindre à l'état congestif. L'hypertension, à la vérité, peut être moins grande à cette époque, mais il s'adjoint un nouvel élément d'hémorrhagie ; le liquide sanguin est appauvri ; il existe une anémie, une hydrémie relatives ; le sang est beaucoup moins coagulable qu'autrefois et si l'épistaxis s'est produite, elle s'arrête avec une beaucoup plus grande difficulté.

Et puis le sang est chargé de matériaux toxiques que le rein n'a pu éliminer en assez grande quantité ; ils amènent d'abord l'apparition de phénomènes urémiques nerveux, et une congestion passive de tous les capillaires du cerveau ; mais il faut se souvenir qu'il y a des relations anatomiques très importantes entre les veines de la pituitaire et les veines cérébrales, par les anastomoses très riches de l'un à l'autre de ces deux ordres de vaisseaux ; en conséquence la congestion des unes retentira sur les autres, et c'est ainsi que les phénomènes d'urémie peuvent amener l'apparition d'épistaxis profuses et fréquentes.

— Plus tard encore, le processus artério-scléreux s'est étendu même aux vaisseaux du dernier ordre ; l'altération athéromateuse de leurs parois intervient à son tour pour faciliter l'hémorrhagie, et la rendre plus grave une fois produite. C'est là un mécanisme qu'il est très aisé de saisir. Dans les hémorrhagies ordinaires, en effet, les tuniques vasculaires étant saines reviennent sur elles-mêmes, se rétractent, et par ce moyen se trouve oblitérée la plaie par laquelle s'est écoulé le liquide sanguin ; la cicatrisation se produit, et l'hémorrhagie cesse. Au contraire, chez les artério-scléreux, et surtout à la période

(1) Voir le numéro précédent.

avancée que nous considérons, ces mêmes tuniques ont subi la dégénérescence athéromateuse; elles ont perdu leur élasticité; elles sont devenues rigides. Outre qu'elles se rompent alors plus facilement, la rupture une fois faite la plaie demeure béante; elle ne se répare point ou se répare très mal. En résumé, il s'était formé là, comme on le trouve un peu partout dans l'athérome-vasculaire, un anévrysme miliaire sur une artériole, et c'est en ce point que le vaisseau a cédé. Il ne s'agit plus alors d'une simple épistaxis, mais de la rupture d'un petit vaisseau artériel qui donne du sang en quantité plus ou moins abondante tant qu'on n'intervient pas; et cette rupture se répète très facilement au même point, la cicatrisation ne se faisant pas, et l'oblitération ne s'opérant que par la formation d'une faible croûte sanguine, qui tombe ou s'arrache aux mouvements même non exagérés du malade.

Quel traitement appliquer dès lors à ces épistaxis qui, même au début de la néphrite interstitielle ne sont rien moins qu'aisées à arrêter? Eh bien, ce traitement variera un peu selon les périodes dans lesquelles vous aurez à intervenir. Vous vous attacherez tout d'abord à prévenir les hémorrhagies et vos efforts porteront aussi bien sur l'artério-sclérose en tant que maladie générale, que sur l'accident local lui-même. Si l'épistaxis est légère, ce qui est l'ordinaire d'une période peu avancée, le traitement général sera encore le plus efficace, d'autant plus que certains malades saignent très facilement, surtout s'il leur a été auparavant administré de l'iodure de potassium; ce médicament est de la plus haute valeur dans les néphrites chroniques, mais est malheureusement très susceptible de congestionner les muqueuses. Avant d'aborder tout au long les préceptes que vous devrez observer dans l'ordonnance du traitement, laissez-moi vous citer un fait clinique; c'est le meilleur moyen de frapper l'esprit et de fixer l'attention sur des points toujours très délicats.

Depuis un an à peu près, je suis un malade offrant un ramollissement cérébral à forme hémiplégique. C'est un vieil artério-scléreux dont les reins sont atteints de néphrite chronique et dont les artères périphériques ont toutes les apparences de vaisseaux athéromateux; elles sont dures, rigides, en tuyaux de pipe, je n'insiste pas davantage. Etant données ces conditions, il n'y a rien d'étonnant que des lésions cérébrales se soient produites un jour. Pour arrêter autant que possible la marche en avant de l'artério-sclérose, je prescrivis à ce moment le régime lacté intégral et l'iodure de potassium. L'effet de ce traitement fut très favorable; le malade se remit assez vite et se trouvait mieux portant depuis six mois environ, à tel point qu'il avait cessé tout régime, quand un soir, sous l'influence d'une digestion défectueuse, il fut pris d'épistaxis qui dura quelque temps. Assez inquiet, le malade qui habitait la campagne, appela le médecin de l'endroit; ce médecin pratiqua le tamponnement et l'hémorrhagie céda sans trop de difficulté. Mais ne connaissant point les antécédents du malade, et dans le but de prévenir l'anémie qu'il prévoyait devoir être considérable après une telle spoliation sanguine, il ordonna un régime très riche, consistant surtout en viandes rôties, jus de viande de toutes sortes, vins généreux, etc... Sous l'influence de ce régime, les forces revinrent quelque peu, il est vrai; mais, également revint l'hémorrhagie nasale toujours assez abondante. L'anémie menaçant de s'accroître, le régime fut encore surchargé, si je puis m'exprimer ainsi; et une nouvelle épitaxis ne se fit pas attendre. Cette alternative se répéta plusieurs fois, et tant et si bien qu'en fin de compte, très affaibli et très inquiet le malade revint me voir.

Au récit de ces accidents successifs, j'examinai avec soin les urines et ne fus pas très étonné d'y rencontrer la présence d'albumine et de constater la plupart des signes de la néphrite interstitielle. Mais le malade fut fort surpris quand il m'entendit attribuer sa faiblesse et ses hémorrhagies à l'excessive richesse de son régime; naturellement je modifiai ce dernier du tout au tout; je prescrivis le régime lacté absolu, lui prédisant que ses épistaxis cesseraient avec l'observation de mes ordres. Il protesta d'abord, car vous saurez que dans le public on considère volontiers le régime lacté comme débilitant; cependant, sur mes avertissements très pressants que le salut dépendait de sa soumission, il s'y mit résolument, et quelque temps après, il revint me trouver; il avait repris de la mine; les hémorrhagies n'avaient point reparu; en résumé, le régime lacté seul avait suffi par conjurer les accidents.

Le traitement par le lait constituait seulement la première partie de l'intervention médicale; il fallait lui faire ensuite prendre de l'iodure. Mais, c'est là un médicament qui, ainsi que je vous l'ai déjà signalé au cours de cette conférence, prédispose aux congestions et aux épistaxis, surtout s'il existe une hypertension artérielle, phénomène ordinaire de la néphrite interstitielle au début. Tout en tenant compte de cette action, je prescrivis 1 gramme par jour d'iodure de sodium en y associant 2 grammes de bromure. Je sais que beaucoup de médecins rejettent l'emploi du bromure en se fondant sur ce que les sels de brome élèvent la tension artérielle. Mais, ils agissent encore plus efficacement comme sédatifs du cerveau, et, à mon sens, les avantages que l'on retire de leur administration sont plus considérables que les inconvénients; et d'ailleurs les faits sont là pour montrer à quel point cette association est utile pour les malades. Quoi qu'il en soit, le mien supporta dès lors et parfaitement sa médication iodurée. Actuellement, l'équilibre sanitaire se maintient et l'état reste satisfaisant.

Il faut en effet ne point perdre de vue que l'évolution de la néphrite interstitielle n'est pas, par elle-même, de courte durée. Bien au contraire, la vie peut se prolonger pendant un temps souvent très considérable, à condition que l'affection soit suivie de près, surveillée avec attention et soignée convenablement. Vous voyez par ma dernière observation que le traitement a ici une importance des plus considérables; je ne saurais trop insister sur ce point. Appliquez-le dans toute sa rigueur, et vous en noterez presque immédiatement les heureux effets. Joignez-y le bromure de sodium comme sédatif du système nerveux et l'iodure de sodium comme topique contre les lésions vasculaires. Si la dépuration sanguine vous semble insuffisante, administrez souvent et à petites doses les purgatifs; c'est un précepte dans toutes les affections rénales, d'entretenir les intestins libres, afin de suppléer à l'élimination incomplète par l'urine, des matériaux toxiques de l'économie.

Tel est le traitement préventif de l'épistaxis; il se confond presque, ainsi que vous pouvez le voir, avec celui de la néphrite interstitielle elle-même; il nous reste à étudier les moyens de combattre localement l'hémorrhagie par la muqueuse nasale.

Si l'épistaxis est légère et que vous ne prévoyiez aucun accident grave prochain, ne vous empressez pas trop de pratiquer le tamponnement précoce; en effet, le tamponnement peut avoir quelques inconvénients; reportez-vous pour en juger à l'observation de notre malade de Saint-Antoine. Ne vous attardez pas à administrer à l'intérieur les hémostatiques ordinaires, tels que perchlorure de fer, ergotine, etc...; l'état particulier des vaisseaux, les lésions peu accentuées encore à cette période, il est vrai, des tuniques vasculaires, vous expliquent

pourquoi leur action sera peu efficace. Mais, ordonnez la révulsion périphérique au moyen de sinapismes; faites renifler de l'eau très chaude; vous obtiendrez souvent d'excellents résultats par ces simples moyens. S'ils ne sont pas suffisants, vous recourrez au tamponnement des orifices antérieurs des fosses nasales. Voici une méthode qui a l'avantage de ne pas nécessiter la présence du médecin, et cela a son utilité à la campagne, par exemple, où les distances sont souvent très longues. L'on emploie un morceau d'amadou que l'on roule en forme de cornet; on l'introduit profondément par les narines; l'amadou se gonfle, s'applique directement contre la paroi des fosses nasales et souvent par ce contact se trouve oblitérée la plaie saignante. En même temps l'on fait tenir le malade dans une position demi-assise, la tête inclinée en avant, afin d'empêcher le sang de tomber dans l'arrière-gorge et d'être dégluti.

Si vous échouez encore avant de recourir au tamponnement complet, essayez le moyen suivant qui m'a toujours réussi: préparez de petits bourdonnets de charpie reliés entre eux par un fil solide à la manière d'une queue de cerf-volant, le premier bourdonnet étant un peu plus volumineux que les autres. Roulez-les, avant de les introduire, dans un mélange de poudres de salol et d'antipyrine, qui sont à la fois hémostatiques et antiseptiques. Introduisez-les par les narines profondément, mais très doucement, le plus gros le premier, afin qu'il s'arrête à l'orifice postérieur des fosses nasales et n'aille point tomber dans le pharynx; puis bourrez complètement le côté qui saigne avec les autres bourdonnets. Vous obtiendrez alors un plein succès si l'écoulement a lieu par une seule narine; mais s'il se fait par les deux, alors il faut s'ingénier, tâtonner, tamponner des deux côtés à la fois. Avec de la patience, de la persévérance, on arrivera probablement à vaincre l'hémorrhagie. Mais si malgré vos efforts, vous voyez qu'elle persiste, que l'avenir est directement menacé, que l'épistaxis est énorme et qu'il y a lieu de l'arrêter à tout prix, alors pratiquez le tamponnement classique en oblitérant les orifices antérieurs et postérieurs; la plupart du temps, le tamponnement par petits bourdonnets aura suffi, et vous ne serez pas forcé de recourir au dernier moyen qu'il n'est pas toujours facile d'appliquer quand l'hémorrhagie est excessive et quand le malade est effrayé et peu docile...

Laissez le tampon en place pendant vingt-quatre heures; ce temps écoulé, retirez les bourdonnets lentement les uns après les autres; soyez très doux dans cette opération; un peu de brusquerie ébranlerait peut-être les fosses nasales, l'hémorrhagie pourrait se reproduire et tout serait à recommencer.

## REVUE DES JOURNAUX

### LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

Communications faites au Congrès international de médecine de Berlin (*Section de médecine interne*), par MM. Pavy et Seegen. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1890, n° 66, p. 747.)

Les diabétiques sont tout un peuple, disait-on naguère à l'Académie de médecine, pour caractériser la fréquence du diabète. Cela justifie l'intérêt qu'on attache à l'étude de cette maladie et de son traitement en particulier. Or, le problème de thérapeutique que soulève le traitement du diabète est dominé par une question de pathogénie.

Cette question, Cl. Bernard croyait l'avoir résolue. Aujourd'hui, après vingt ans de recherches expérimentales et cliniques, elle nous apparaît plus complexe que jamais. On n'est pas encore fixé sur l'origine et le mécanisme de production du sucre qui s'accumule dans le sang du diabétique. On ne s'entend même pas sur le point de savoir s'il existe une ou plusieurs formes de diabète. La récente discussion qui s'est produite au Congrès de Berlin a bien reflété cet état d'indécision de la science. Il nous suffira, pour en donner la preuve, de reproduire en substance les communications de deux hommes, Pavy et Seegen, dont les travaux font époque dans l'histoire du diabète.

Pour M. Pavy, la question de pathogénie se pose en ces termes: tandis que, à l'état physiologique, les ingesta sont utilisés de telle sorte que l'élimination du sucre se trouve réduite à des quantités infinitésimales, chez le diabétique, une partie de la nourriture ingérée échappe à l'assimilation, se retrouve dans les urines sous forme de sucre. La fonction assimilatrice est troublée, et ce trouble porte sur l'assimilation des hydrocarbures, qui traversent l'organisme tel quel. Le foie est devenu impuissant à les retenir, à les empêcher de passer directement dans la circulation générale. La glycosurie n'est qu'une conséquence de la glycohémie, et comme cette dernière, elle est, suivant la doctrine de Pavy, proportionnelle à la quantité d'hydrocarbures saccharifiables ingérés avec les aliments. Il est vrai que le terme de glycosurie est propre à faire naître un malentendu. Les produits de la saccharification intestinale qui se répandent dans la veine porte, ne sont pas du glucose; donc, quand le foie est devenu incapable de retenir et de fixer ces produits, l'urine renfermera des produits de saccharification autres que la glycose. Pour les transformer en cette dernière, il suffit de faire bouillir l'urine avec de l'acide sulfurique dilué. En procédant de la sorte, on peut se convaincre, au dire de Pavy, de l'exactitude du principe déjà énoncé: Dans les cas de diabète, la richesse de l'urine en produits saccharifiés est proportionnelle à la quantité d'hydrocarbures saccharifiables ingérés par la voie de l'alimentation.

Cette présence du sucre dans le sang crée un état dyscrasique qui domine toute la symptomatologie du diabète. Le défaut d'utilisation des hydrocarbures est par lui-même sans importance si l'organisme reçoit sous une autre forme les matériaux nécessaires au fonctionnement et à l'entretien de ses appareils. Mais la présence du sucre dans le sang engendre les symptômes du diabète, et la gravité de l'état pathologique ainsi constitué est en raison directe de la quantité de sucre contenu dans le sang.

Dès lors la voie à suivre pour remédier à cet état de choses est toute tracée. Il faut d'abord faire ce qui est dans nos moyens, restreindre l'ingestion des hydrocarbures qui échappent à l'assimilation et se transforment en sucre, lequel s'accumule dans le sang. Il faut ensuite tenter de rétablir la fonction assimilatrice en son état physiologique, seul moyen d'obtenir une guérison complète. Selon Pavy, l'opium et deux de ses principes constituants, la codéine et la morphine, nous fournissent dans une certaine mesure le moyen d'atteindre ce but. L'action thérapeutique de ces médicaments est manifeste surtout dans les cas où la simple prohibition des hydrocarbures saccharifiables ne suffit pas à supprimer complètement la glycosurie.

— Telle la doctrine de Pavy. Celle de M. Seegen en est en quelque sorte le contre-pied. Voici sur quels principes se fonde M. Seegen, pour établir deux formes distinctes du diabète:

*a*) Le foie fabrique du sucre d'une façon continue.

*b*) Contrairement à l'opinion de Claude Bernard, ce sucre

n'est pas formé aux dépens de la matière amylacée du foie. L'observation démontre que la richesse du foie en sucre atteint son maximum dans les premières heures qui suivent la mort, s'élève de 0,4 à 2 et 3 0/0, tandis que la proportion de matière glycogène ne change pas.

*c*) Les matériaux aux dépens desquels ce sucre est formé sont représentés par les albuminoïdes et les corps gras. Avec une alimentation composée exclusivement de viande et de graisse, et après un jeûne poussé jusqu'à l'inanition, le sang continue d'être plus riche en sucre à la sortie qu'à l'entrée du foie.

*d*) En se basant sur la valeur (0,1 0/0 en moyenne) de cette différence, et sur la quantité de sang, qui traverse le foie dans un temps donné, on peut estimer à 100 grammes la quantité de sucre qui, à l'état normal, est déversée en l'espace de vingt-quatre heures dans le sang d'un chien du poids de 10 kilogrammes ; par conséquent chez un homme adulte, cette quantité de sucre doit être de 500 à 600 grammes.

*e*) Le sucre fabriqué dans le foie, puis déversé dans le sang, est détruit et consommé d'une façon continue dans les tissus. Il suffit que le foie cesse d'être en communication avec l'appareil circulatoire pendant trente minutes, pour que la richesse du sang en sucre se trouve réduite au tiers de sa valeur primitive.

*f*) La formation de si grandes quantités de sucre exige l'intervention d'une quantité considérable de carbone, et l'on conçoit tout naturellement que l'ensemble des matériaux nutritifs concoure à la glycogénie. Celle-ci est, en somme, une des plus importantes fonctions de l'organisme animal ; le sucre est la source de la production du calorique et du travail musculaire.

*g*) La matière glycogène du foie se forme principalement aux dépens des hydrocarbures ; le foie ne contient pas de glycogène. Chez un animal nourri avec des graisses, il en contient 2 ou 3 0/0 quand l'animal est mis au régime carné, et jusqu'à 12 0/0 quand l'animal est nourri avec du sucre et de la dextrine. Vraisemblablement la matière glycogène est transformée en graisse et sert de réserve pour la production du sucre.

Partant de ces prémisses, qui découlent des données de l'expérimentation physiologique, M. Seegen conclut à l'existence de deux formes bien distinctes de diabète :

Dans l'une, le sucre éliminé avec les urines provient exclusivement des hydrocarbures introduits avec l'alimentation. Le foie a perdu l'aptitude soit à transformer ces hydrocarbures en matière glycogène, soit à utiliser d'une façon normale la matière glycogène fabriquée. Dans cette forme de diabète, les cellules du foie ne sont plus à la hauteur de leur tâche. Il s'agit, en somme, d'un diabète d'origine hépatique, en rapport avec un trouble fonctionnel d'assimilation, localisé dans le foie.

L'autre forme de diabète présente ce caractère particulier que la glycosurie persiste alors même que l'alimentation du malade ne renferme pas un atome d'hydrocarbure. Le sucre éliminé par les urines n'est donc pas de provenance extérieure ; il se forme dans l'organisme du malade. C'est le sucre qui, fabriqué dans le foie, n'est plus oxydé dans les différents départements de l'économie, qui échappe à l'utilisation qu'en devaient faire les éléments cellulaires des organes les plus divers. L'organisme est atteint dans son ensemble. Il a perdu l'aptitude à utiliser le sucre qui lui vient du foie.

Cette dichotomie, pour qui l'admet, entraîne, cela va de soi, des conséquences pronostiques et thérapeutiques de la plus grande importance. Un malade atteint de la première forme de diabète pourra résister pendant fort longtemps, et se maintenir dans un état de santé très satisfaisant, à condition qu'on proscrive de son régime alimentaire ces hydrocarbures que le foie n'est plus à même d'assimiler dans le sens physiologique. Un malade dont le diabète ressortit à la seconde forme est voué à une mort prochaine, quoi qu'il fasse. Telle est la manière dont M. Seegen envisage les choses, en se fondant sur les données de l'observation.

Quant à la question de savoir pourquoi dans un cas ce sont les cellules du foie seulement, et dans l'autre les cellules de tout l'organisme qui sont atteintes dans leur faculté d'assimilation, elle reste entière, dans l'état actuel de la science. M. Seegen qui, depuis de longues années, s'est fait connaître par de nombreux et estimables travaux sur le diabète, en est réduit à constater que la pathogénie de cette maladie est encore enveloppée d'une obscurité complète. Ce que nous savons d'une façon certaine, c'est que les affections ou les anomalies du système nerveux s'associent souvent au diabète, c'est que toutes les causes de débilitation du système nerveux, en première ligne les émotions dépressives, engendrent facilement le diabète, c'est que l'hérédité intervient pour une part notable dans l'étiologie de cette maladie, c'est que dans une même famille et d'une génération à l'autre, le diabète alterne souvent avec des psychoses. De même encore, l'expérimentation nous démontre que les substances médicamenteuses qui exercent une action très prononcée sur le système nerveux, impriment des modifications considérables à la glycogénèse, tels l'opium, le chloroforme, le curare. Mais il est certain que d'autres causes interviennent dans le développement du diabète. M. Seegen a rappelé à ce propos les récentes expériences de M. Mering et Minkowski, démontrant que l'extirpation du pancréas engendre le diabète chez certaines espèces animales.

Entre les deux formes types du diabète, il n'y a pas d'ailleurs de barrière infranchissable. Il arrive, mais rarement, que la forme bénigne dégénère en forme grave.

En somme, sur le terrain de la pathogénie, nous nous heurtons à l'incertitude et aux contradictions. Il ne reste dès lors qu'à s'en tenir aux données de l'observation. Si la théorie est incapable de les expliquer, le thérapeutiste peut néanmoins en tirer parti. Or la clinique nous apprend qu'il est une forme, une manière d'être du diabète, qui cède à la simple observance de certaines prescriptions diététiques ; contre cette forme où cette manière d'être du diabète, relativement rare, et justiciable de la diététique, la thérapeutique n'a rien à faire. Nous savons, d'autre part, que lorsque la glycosurie résiste à la seule abstinence de certaines catégories d'aliments, c'est qu'elle trahit un diabète incurable, contre lequel l'emploi de certaines médications est d'une incontestable utilité. Nous savons qu'il n'y a pas de spécifiques du diabète. Médications et prescriptions diététiques doivent être appropriées aux circonstances individuelles de chaque cas. Tout ce qu'on a dit là-dessus au Congrès de Berlin, est plein d'intérêt, mais parfaitement connu. On n'a rien ajouté de nouveau aux appréciations qui se sont produites sur les principales médications du diabète, dans une discussion récente à l'Académie de médecine.

E. Ricklin.

## BIBLIOGRAPHIE

De la curabilité de la phtisie pulmonaire et de quelques autres maladies chroniques de la poitrine par l'eau d'une basse température.

*Conférence faite à la section de médecine et de chirurgie du 12e Congrès des naturalistes scandinaves à Stockolm*, 1880, par Ernest Aberg, Académicien honoraire de la Faculté des sciences médicales de Buenos-Ayres. — Paris, J.-B. Ballière, 1890.

Cette conférence faite en 1880 à Stockolm vient de paraître, traduite par l'auteur en français. Elle est précédée par une dédicace à M. le prof. Verneuil. Il faut se reporter à dix ans en arrière pour concevoir que du bacille de Koch, il n'est pas question et que la tuberculose, la pneumonie chronique et certaines formes de bronchites chroniques sont réunies en un seul groupe sous la dénomination générale de phtisie pulmonaire. Au point de vue thérapeutique, dit l'auteur, la distinction entre ces diverses maladies est de peu d'importance.

L'originalité du traitement consiste dans l'emploi de l'eau à 0°.

L'auteur use de procédés à intensité progressive qui sont au nombre de trois.

1° Des *lotions* rapides avec une éponge sur la nuque, le dos, les épaules, le visage, le cou et la poitrine. La température de l'eau doit être à 0°. On l'obtient très facilement en laissant un morceau de glace se fondre dans une petite quantité d'eau. Ces lotions sont faites, le matin, le malade couché; un séjour au lit d'une à deux heures est nécessaire, après la friction consécutive.

Ces lotions procurent un sommeil tranquille et profond. Même le malade à ses derniers moments éprouve encore du soulagement de leur emploi qui peut être répété deux fois par jour.

Lorsque l'amélioration produite par les lotions ne progresse plus, on passe aux *affusions*. Le malade est assis sur un baquet vide; et l'on verse avec un arrosoir commun, à pen près 8 litres d'eau à 0°. Le jet est dirigé très haut sur la nuque du patient qui se tient un peu incliné en avant. On essuie et frictionne avec soin, et l'exercice en plein air est ordonné. Ces affusions au bout de quelque temps, sont renouvelées matin et soir.

Les *bains entiers* sont le vrai remède, dit l'auteur, la température de l'eau varie entre 7° et 13° et le phtisique y reste de deux secondes à deux minutes.

Les effets de cette médication sont merveilleux. La fièvre et les sueurs cessent, la dyspnée décroît, l'appétit et les forces reviennent. Les râles disparaissent peu à peu.

Mais quelle que soit l'amélioration obtenue, les bains devront être continués plusieurs années de suite.

L'auteur ne pense pas qu'il existe de contre-indications à sa méthode.

Alors que le premier effet de l'eau froide est de provoquer le resserrement des vaisseaux et d'augmenter la pression sanguine, nous nous demandons ce que deviendraient dans ces bains les phtisiques sujets aux hémoptysies, atteints par exemple de dilatation anévrysmatique de l'artère pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, l'auteur cite quelques observations personnelles qui, tont incomplètes qu'elles soient, ne laisseut pas que d'être encourageantes.

L'emphysème et la bronchite chronique ont été améliorés deux fois sur trois. Certaines tuberculoses pulmonaires semblent avoir bénéficié de cette thérapeutique brutale.

Si brutale, qu'il n'est pas un praticien qui oserait la prescrire et que des essais préliminaires sont nécessaires dans les hôpitaux.

Aussi bien l'auteur rapporte onze observations de tuberculeux ainsi traités à l'hôpital de Sabbathsberg à Stockolm, du 23 mars au 30 juin 1880. 5 sont morts, 4 ont été améliorés et 2 sont restés dans un état stationnaire.

Avis à ceux qui désireraient augmenter les chiffres de cette statistique insuffisante.

Leurs succès, dans les cas de phtisie avancée, démentiraient ces paroles du traité classique de Hérard, Cornil et Hanot : « L'hydrothérapie ne peut être conseillée que chez les individus prédisposés à la tuberculose et tout à fait au début de la maladie », page 717.

Et sans doute par hydrothérapie, ces auteurs n'entendaient-ils pas l'eau glacée préconisée par le médecin de Buenos-Ayres.

Lésion mitrale et tuberculose pulmonaire, par les Drs Brousse et Ducamp (Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, juin 1889).

Il s'agit d'une femme de 41 ans atteinte d'insuffisance mitrale et succombant à une tuberculose pulmonaire tardive. Cette dernière a suivi l'amélioration des symptômes cardiaques, et c'est alors que l'œdème généralisé et l'ascite avaient disparu, et le bacille tuberculeux a commencé son évolution.

L'existence, chez le même sujet, d'une cardiopathie et d'une tuberculose pulmonaire est chose rare. Le père et deux frères de cette femme avaient succombé à la consomption pulmonaire. Une tare héréditaire était donc en jeu. Nous retrouvons cette tare chez un jeune homme de 24 ans que nous traitons actuellement à Saint-Claude. Souffrant d'une insuffisance mitrale, d'origine rhumatismale depuis 4 ans, il présente depuis quelques semaines les signes d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. La mère était morte phtisique.

L'antagonisme admis par quelques auteurs entre les lésions mitrales et la tuberculose pulmonaire semble perdre de son efficacité quand la tuberculose existe chez les ascendants.

On connaît l'ingénieuse hypothèse que Peter a formulée pour expliquer cet antagonisme : pour le professeur de Paris, les tubercules trouvent au sommet des poumons, dans une ventilation insuffisante, les conditions favorables à leur développement. Or les maladies du cœur, et en particulier les lésions mitrales, entraînent, à une période plus ou moins avancée, des congestions passives des bases pulmonaires. Pour que l'hématose se fasse, il faut que les sommets fonctionnent d'une façon énergique. C'est cette suractivité des sommets qui les rend inaptes à la tuberculisation.

Chez la malade de MM. Brousse et Ducamp la tuberculose a attendu pour se déclarer, la disparition des troubles circulatoires.

Ce fait fournit un nouvel argument en faveur de la théorie de Peter.

Etude sur la fièvre typhoide atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoide, par le Dr A. Bourgeois. — Paris, Oct. Doin, 1889.

La fièvre typhoïde atténuée est définie par l'auteur « une fièvre typhoïde amoindrie et abrégée dans ses symptômes ainsi que dans ses lésions ». Cette définition englobe dans un même groupe la fébricule qui guérit entre 5 et 16 jours, et la fièvre typhoïde légère qui dure jusqu'à vingt et même trente-deux jours, les symptômes restant toujours bénins.

L'auteur assure obtenir l'atténuation de la fièvre typhoïde par le traitement suivant : le premier jour, une purgation saline que l'on répète au besoin le lendemain et dès le premier jour, aussi 50 centigrammes de sulfate de quinine, en solution au vingtième, continuée tous les matins jusqu'au retour définitif de la température à la normale.

Nous ne saurions admettre les idées optimistes de l'auteur. En 1887, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde dont nous avons donné la relation (1), nous avons usé d'un traitement à peu près identique à celui préconisé par M. Bourgeois. Nous avons compté 37 0/0 de fièvres typhoïdes abortives, et parmi ces derniers, un certain nombre ont guéri en fort peu de temps, indépendamment de toute médication. On ne pourrait attribuer à la répétition de faibles doses de sulfate de quinine, la jugulation de la pyrexie, puisque la pyrexie s'opérait d'elle-même sans le secours d'aucun médicament.

Nous croyons plutôt que M. Bourgeois, ainsi qu'avant lui, M. Perholier, ont eu affaire à des fièvres typhoïdes d'un caractère particulièrement bénin ou germant sur des terrains peu favorables.

M. Bourgeois nous semble plus heureux quand il parle de l'immunité que confère la fièvre typhoïde atténuée contre la fièvre typhoïde classique.

Il termine son mémoire en présentant les relations de la fièvre typhoïde avec quelques autres maladies microbiennes.

La rougeole, la dysenterie, la tuberculose n'empêchent pas le développement ultérieur du bacille typhique. Quant aux oreillons, l'auteur tendrait à penser qu'ils créent un terrain dont s'accommode mal la fièvre typhoïde. Aussi bien, ses observations sont trop peu nombreuses pour permettre d'en tirer une conclusion absolue.

Fiessinger.

## BULLETIN

TRAITEMENT LOCAL PARASITICIDE DES TUMEURS CANCÉREUSES.

La question de la nature du cancer représente une des questions les plus ardues de la pathologie, une de celles qui ont le plus exercé la sagacité des théoriciens de la médecine : c'est, en même temps, une de celles qu'il y aurait le plus d'intérêt à résoudre, car les diverses méthodes thérapeutiques proposées jusqu'à ce jour se sont ressenties de l'incertitude de nos connaissances sur ce sujet. Même l'intervention opératoire, qui nous offre pourtant l'apparence d'une solution radicale, ne saurait échapper à cette remarque, attendu qu'elle laisse subsister tout entier le problème que nous venons d'indiquer. Si légitime et rationnelle qu'elle puisse paraître, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'est le plus souvent qu'un pis-aller, une solution violente dans laquelle l'esprit ne peut trouver une satisfaction complète : et l'on est toujours autorisé à chercher une méthode qui la rendrait inutile, une méthode qui s'adresserait à la cause même de cette dégénérescence maligne. Un exemple ici fera comprendre notre pensée. L'infection syphilitique est susceptible, comme on le sait, d'engendrer à longue échéance des produits néoplasiques qui présentent tous les caractères des tumeurs : or ces produits peuvent disparaître et disparaissent le plus souvent par l'intervention en temps opportun du traitement général dit spécifique : le chirurgien n'a pour ainsi dire aucune action à revendiquer vis-à-vis d'eux. Or, ce qui rend précisément ici le traitement si efficace, c'est, qu'il s'adresse à la cause même de la maladie, à son origine infectieuse. Il est permis de croire que pareil résultat pourra être réalisé un jour en ce qui concerne le cancer.

Cette dernière réflexion nous paraît justifiée par l'importante communication que M. le Dr Poncel, de Marseille, vient d'adresser à l'Académie et dans laquelle il rapporte un certain nombre de faits où des tumeurs réputées carcinomateuses ont été visiblement et rapidement améliorées par les injections interstitielles de solutions de bichlorure hydrargyrique. M. Poncel a même présenté deux malades chez lesquels les résultats de ce traitement pouvaient être constatés avec évidence. Le mémoire adjoint à cette présentation renferme d'ailleurs la relation de ces faits exposée avec toute la rigueur désirable. L'auteur a vu ainsi, après un nombre variable d'injections de liqueur de Van Swieten, des tumeurs d'*apparence cancéreuse* fondre et disparaître au point de ne plus laisser de traces appréciables. Ce sont là des résultats remarquables, bien que trop peu nombreux encore pour autoriser une conclusion absolue : On ne peut dire que le traitement du cancer soit trouvé, mais du moins on doit reconnaître qu'il y a là des faits extrêmement encourageants. Il nous semble, à nous, que ces faits constituent un appoint fort important à la doctrine de la nature parasitaire du cancer, car, de quelle manière expliquer l'action curatrice des injections mercurielles, si ce n'est par l'action parasiticide propre à ces solutions et qui s'exerce sur place, au niveau des éléments dégénérés qu'il s'agit d'atteindre et de modifier. On ne peut invoquer ici le mécanisme de l'inflammation simple, substitutive, explication bonne tout au plus s'il s'agissait d'une néoplasie vulgaire, accidentelle, sans tendance à la généralisation et à l'infection. Il y a certainement quelque chose de plus, qui n'est autre sans doute qu'une action véritablement spécifique du sel mercuriel sur les éléments caractéristiques de la dégénérescence cancéreuse.

Du reste cette théorie de l'origine parasitaire des néoplasies englobées sous le nom de *cancer* n'est pas nouvelle et M. Poncel ne saurait en revendiquer la priorité. Déjà entrevue autrefois, elle a pris corps depuis que les progrès de la science ont fait connaître le rôle considérable des microbes en pathologie. On est fondé à croire que le moment approche où elle trouvera sa démonstration, ainsi que cela est arrivé pour la tuberculose, par suite de la détermination de l'espèce microbienne qui engendre la déviation nutritive caractéristique des tumeurs malignes. Si les recherches poursuivies dans ce sens n'ont donné jusqu'à présent que de médiocres résultats, cela peut tenir à des circonstances purement accidentelles, comme l'insuffisance technique des moyens de préparation.

En attendant, il nous paraît indiqué de marcher dans la voie que M. Poncel a suivie et qui lui a procuré ses remarquables succès : d'autant que la méthode recommandée par lui paraît être d'une innocuité à peu près absolue, si on en juge du moins par la faible réaction locale des injections et par l'absence des phénomènes révélateurs de l'intoxication mercurielle. Cette méthode prend date à partir d'aujourd'hui et s'impose désormais comme moyen de traitement devant précéder toute intervention opératoire qui doit toujours être considérée comme ressource ultime et dernière. Il est à peine nécessaire de faire remarquer d'ailleurs qu'il s'agit ici des cancers superficiels, directement accessibles à nos moyens d'exploration et d'action. Il ne saurait être question, jusqu'à nouvel ordre, des cancers viscéraux qui, par leur situation profonde, semblent devoir échapper encore longtemps à toutes les tentatives de traitement local.

P. M.

(1) Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, Oct. Doin, 1887.

## NOTES ET INFORMATIONS

### LE CHOLÉRA.

Le comité cousultatif d'hygiène de France s'est réuni sous la présidence du docteur Brouardel. Le doctenr Proust a rendn compte de la situation sanitaire.

En France, l'état continue d'être satisfaisant. En Espagne, le choléra, après quelques oscillations, semble continuer à s'étendre ; il y a aggravation de l'épidémie à Valence, à Alicante et à Tolède. Nos postes sanitaires continnent de fonctionner régulièrement à la frontière espagnole ; on veille notamment à ce que les linges sales ne puissent passer sans avoir été désinfectés.

Le choléra qui s'était produit parmi les pèlerins de la Mecqne paraît également avoir sévi sur la caravane qni va de la Mecqne à Médine. On sait qu'un certain nombre de hadjis vont faire un second pèlerinage à Médine après celui de la Mecque : cependant, aucun cas n'a encore été signalé dans cette dernière ville, mais à Jambo, échelle de Médine, on constate deux ou trois cholériques par jour.

A Djehel Tor, station de quarantaine pour les pèlerins retour de la Mecque, il y avait, le 23 août, 5,000 pèlerins et on comptait déjà une centaine de décès.

M. Pronst a fait remarqner que c'est au moment du départ des bateanx ramenant ces pèlerins vers la Méditerranée qu'il faudra redonbler de surveillance. Déjà, d'après une dépêche d'Alexandrie, dn 5 septembre, un vapeur français, *Gallia*, devait passer le canal avec 748 pèlerins à destination de Tripoli et de Tanger, ramenant les pèlerins algériens et tunisiens qui étaient allés an pèlerinage malgré la défense. L'état sanitaire était du reste satisfaisant à bord.

M. Pronst a fait connaître ensuite les mesures prises par l'Algérie, la Tunisie, l'Autriche (en Bosnie et en Herzégovine), pour prévenir l'importation du choléra par les pèlerins.

L'Egypte semble bien gardée et, si les mesures sont exécutées dans la suite comme elles l'ont été jusqu'ici, il est permis d'espérer qu'il n'y aura aucune contamination.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 31 AOUT AU 6 SEPTEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 5. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses, 40. — Antres, 5. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 34 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë, 12. — Bronchite chronique, 27. — Broncho-pneumonie, 8. — Pneumonie, 25 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 23 — Biberon, 110. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5 — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 18. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 126. — Canses inconnues, 9. — Total : 902.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**

**J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Moutaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Saint-André de Bordeaux.

### DU PSEUDO-TABES HYSTÉRIQUE,

Par M. le professeur Pitres.

(Leçon recueillie par le Dr Emile Bitot, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux).

Sommaire

I. Division des pseudo-tabes. Du pseudo-tabes névropathique et de ses variétés neurasthénique et hystérique. Exemple de pseudo-tabes neurasthénique. — II. Du pseudo-tabes hystérique. Difficultés du diagnostic. Curabilité. — III. Analyse de dix observations de pseudo-tabes névropathique. Comparaison des symptômes constatés dans le pseudo-tabes et dans l'ataxie locomotrice progressive. — IV. Observation de pseudo-tabes hystérique chez un homme de 37 ans. Discussion du diagnostic.

Messieurs,

L'hystérie peut donner lieu à une variété pseudo-tabes dont nous avons, je crois, un exemple dans le service. Comme les cas de ce genre ne sont pas très communs et qu'ils offrent un grand intérêt clinique, je vais profiter de l'occasion pour étudier avec vous la fausse ataxie d'origine hystérique.

I

Le mot de *pseudo-tabes* n'a pas de signification nosographique précise. Il ne correspond ni à une maladie autonome ni à un syndrome nettement spécialisé. On appelle *pseudo-tabétiques* les malades qui, sans avoir les lésions médullaires caractéristiques de la maladie de Duchenne, présentent néanmoins un ensemble de symptômes sensitifs et moteurs rappelant plus ou moins fidèlement le tableau classique de l'ataxie locomotrice progressive.

Parmi ces malades les uns sont atteints d'affections du cervelet (*pseudo-tabes cérébelleux*), de lésions non systématiques de la moelle (*pseudo-tabes dans la sclérose en plaques*, etc.), ou d'altérations diffuses des nerfs périphériques (*pseudo-tabes névritique* ou *nervo-tabes périphérique*); les autres sont purement et simplement des névropathes dont les souffrances ne peuvent être expliquées par aucun changement appréciable dans la structure des centres nerveux ni des nerfs périphériques (*pseudo-tabes névropathique*).

Le psendo-tabes névropathique, qui seul nous occupera aujourd'hui peut être divisé en deux variétés selon qu'il dépend de la neurasthénie on de l'hystérie.

Dans le premier cas il représente une des formes des préoccupations hypochondriaques familières aux neurasthéniques. Une observation, publiée en 1885 par M. Kowalewski, sous le titre très expressif de *tabes dorsualis illusoria*, en fournit en bon exemple. Elle est relative à un prêtre de la religion grecque, qui, après avoir soigné et vu mourir sous ses yeux un de ses beaux-frères atteint d'ataxie locomotrice progressive, fut obsédé par l'idée qu'il avait la même maladie et s'imagina éprouver les symptômes qu'il avait observés chez son parent. Il se plaignait de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; sa démarche était incertaine et titubante ; l'instabilité augmentait notablement par l'occlusion des yeux ; il avait une sensation continuelle de pesanteur et de faiblesse dans les jambes, des douleurs en ceinture, des vertiges, de la constipation, de la lenteur de la miction ; ses réflexes patellaires étaient conservés. Tous ces symptômes tourmentaient tellement le malade qu'il en perdit le sommeil et l'appétit et en vint à songer au suicide. Mais voulant auparavant tenter une dernière chance, il entra dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Charlow où on lui fit faire des exercices physiques, de l'hydrothérapie froide et de l'électrisation. Au bout de vingt-trois jours de traitement il était complètement guéri de sa prétendue ataxie (1).

M. Rockwill avait rapporté antérieurement des faits analogues desquels il concluait que les malades considérés comme des ataxiques guéris n'avaient en réalité que de l'irritation spinale (2).

Cependant il ne faudrait pas croire que le pseudo-tabes neurasthénique guérisse toujours aussi facilement. Il persiste quelquefois avec une étonnante ténacité pendant de longues années. Ainsi, j'ai publié jadis l'observation d'un homme de 49 ans qui avait eu pendant dix ans des symptômes d'apparence tabétique : douleurs à type fulgurant, incertitude de la marche, sensation de dénivellement, signe de Romberg, excitation génitale, miction difficile, faux besoins d'aller à la garde-robe, crises gastralgiques, etc. Cet homme, que je considérais comme un ataxique vrai, étant venu à mourir d'une tuberculose miliaire aiguë, je pratiquai son autopsie avec un soin extrême; j'examinai à l'œil nu et au microscope sa moelle, ses racines rachidiennes, ses nerfs périphériques, tout était remarquablement sain (3). Ce malade n'était donc pas un ataxique vrai comme on l'avait pensé pendant sa vie; c'était un pseudo-tabétique dont les souffrances avaient duré dix ans. En relisant après coup les détails de son observation on re-

(1) Kowalewski. Tabes dorsualis illusoria (Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer, 1er août 1885).

(2) Rockwil. New-York medical Journal, 1881.

(3) A. Pitres. Sur un cas de pseudo-tabes (Archives de Neurologie, 1886).

connaît bien quelques anomalies qui auraient dû inspirer des réserves; ainsi ses réflexes plantaires et rotuliens étaient conservés, ses pupilles réagissaient normalement à la lumière et à l'accommodation. Mais les grands symptômes du tabes étaient si nets que tous les médecins qui ont vu le malade, tous sans exception, ont porté le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive. La même erreur a été commise, dans des cas analogues, par des hommes dont l'autorité en matière de neurologie est absolument incontestée.

II

Le pseudo-tabes hystérique présente la même symptomatologie que celui qui dépend de la neurasthénie; il n'en diffère que par la nature de la névrose mère. Son histoire est établie sur un petit nombre d'observations qui ne sont pas de nature à entraîner la conviction. M. Webb, par exemple, a publié, en 1876, le cas d'une malade, âgée de 35 ans, qui dans le courant de l'été de 1873 et à la suite d'une grande émotion morale, *a severe mental shok*, dit l'auteur, devint triste, anxieuse, mélancolique et perdit le sommeil. Vers le mois d'octobre de la même année, elle commença à éprouver des douleurs lancinantes dans tout le corps, particulièrement dans le dos et les membres inférieurs. En même temps, elle ressentit des douleurs en ceinture, des envies de vomir, des serrements à la gorge. En juin 1874, ses bras s'affaiblirent et devinrent tout à fait impotents, puis la paralysie s'étendit aux membres inférieurs qui devinrent complètement anesthésiques. Ces symptômes s'accompagnaient de paralysie de la vessie et du rectum, de troubles de vue. Intelligence intacte. L'état des réflexes rotuliens n'est pas indiqué et l'observation ne contient aucun détail sur l'examen des yeux. En 1871, la malade eut quelques attaques convulsives, puis la motilité reparut graduellement dans les membres inférieurs, mais les membres inférieurs étaient encore paralysés en 1876, au moment où le fait fut livré à la publicité. M. Webb n'hésite pas sur le diagnostic; il donne son observation comme un *case of hysteria simulating locomotor ataxia*. Cependant, il paraît impossible de rapporter à l'hystérie seule tous les accidents constatés chez sa malade. Il est vraisemblable qu'il y avait à la fois une lésion organique des centres nerveux, peut-être une sclérose en plaques, associée à quelques symptômes de nature hystérique. Dans tous les cas, le tableau clinique ne rappelle que de très loin les apparences de l'ataxie locomotrice progressive (1).

Des observations beaucoup plus précises ont été publiées en France dans les thèses de MM. Leval-Picquechef (2) et Michaut (3). Elles démantrent que le pseudo-tabes hystérique peut donner lieu à un ensemble de symptômes très analogues à ceux de la maladie de Duchenne. Aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes et doublées nécessairement d'erreurs de pronostic, car, à l'encontre de l'ataxie vraie qui qui est une maladie grave, progressive et jusqu'à présent incurable, le pseudo-tabes hystérique est un syndrome qui peut guérir comme peuvent guérir tous les épisodes symptomatiques de l'hystérie (4).

Exemple : Une femme de 39 ans se présente dans le service de M. Huchard avec des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice des membres inférieurs, de l'analgésie cutanée générale, etc. Elle ressemblait beaucoup à une ataxique vraie; M. Huchard reconnaît à certains détails (conservation des réflexes patellaires, intégrité du sens musculaire, etc.) qu'il a affaire à une hystérique pseudo-tabétique. Il suggère à sa malade qu'elle est curable; il lui donne pour tout remède du bromure de potassium et, deux mois après, la guérison était complète (1).

Cette curabilité donne l'explication des cas de guérison soudaine de prétendus ataxiques, rapportés par des personnes dont la bonne foi ne saurait être mise en doute et dont les observations échappaient jadis à la critique scientifique parce qu'on ne pouvait comprendre leur véritable signification. Un de ces cas a été publié l'an dernier par M. le Dr Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de l'école de médecine de Rennes (2). En voici le résumé : un jeune homme de 49 ans était atteint depuis six ans de symptômes tabétiques. Il avait des douleurs fulgurantes, des troubles oculaires, de l'incoordination des mouvements. Il consulta d'abord M. Charcot qui le considéra comme un ataxique. MM. Gallard, Rigal, Ball, Empis, Laboulbène, Féréol, Gérin-Rose, Bucquoy, Sée, Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, Mesnet portèrent le même diagnostic et conseillèrent les traitements variés qui restèrent tous inefficaces. Le malade découragé se livra aux pratiques religieuses, et, plusieurs personnes l'ayant engagé à chercher sa guérison à Lourdes, il se rendit dans cette localité avec un grand pèlerinage national. Le 20 août 1889, après la messe, il était prosterné le front contre le pavé, priant avec ferveur, lorsqu'il éprouva tout à coup un grand bien-être et sentit comme une force intérieure qui le poussait malgré lui à se relever. Il se redressa aussitôt et, et abandonnant le bâton qui depuis plusieurs années lui était nécessaire pour se tenir en équilibre, il se mit à marcher seul, sans hésitation, sans faiblesse. Depuis lors, il marche « comme un facteur rural ».

III

Il existe actuellement dans la science une dizaine d'observation régulières de pseudo-tabes névropathique. Bien que leur nombre ne soit pas encore très considérable, on peut cependant tirer de leur comparaison quelques éléments d'instruction.

Ces observations se rapportent toutes à des adultes chez lesquels la maladie a débuté entre 29 et 43 ans, tantôt sans causes connues, tantôt à la suite de fatigues excessives ou de grandes préoccupations morales. On y compte six hommes et quatre femmes. Le pseudo-tabes névropathique serait donc un peu plus fréquent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Quelques-uns des malades qui en ont été atteints appartenaient par leur hérédité et leurs antécédents pathologiques à ce qu'on appelle aujourd'hui la famille névropathique. D'autres paraissaient indemnes de tares héréditaires.

(1) Webb. Case of hysteria simulating locomotor ataxia (The american Journal of medical science, 1876, vol. LXXI, p. 119).

(2) Leval-Picquechef. Des pseudo-tabes. Th. doct., Paris, 1885.

(3) Michaut. Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Th. doct., Paris, 1890.

(4) Il existe dans la science quelques observations de pseudo-tabes guéri par la suppression de diverses causes d'irritation périphérique. Dans un cas rapporté par M. Hurd (Boston Médical Journal, 1877) l'opération d'un phimosis par la circoncision fit cesser des accidents caractérisés surtout par l'incoordination motrice et la perte de l'équilibration. M. Védrène a vu disparaître des accidents analogues après la guérison d'hémorrhoïdes (Société de chirurgie, 1878). Il est difficile de savoir encore dans quelle mesure ces faits doivent être rattachés à l'histoire du pseudo-tabes hystérique.

(1) Observation rapportée par Leval-Picquechef, loc. cit., p. 106.

(2) Petit. Ataxie locomotrice progressive (myélite parenchymateuse des cordons postérieurs), datant de 6 années, guérie subitement à Lourdes le 20 août 1889 (Annales de Notre-Dame de Lourdes, 22e année, 8e, 9e et 10e livraisons).

Aucun d'eux n'avait été sujet antérieurement à de grands accidents hystériques ou neurasthéniques.

Le début de l'affection a presque toujours été lent, insidieux; sa marche progressive. Sa durée a varié de quelques jours à plusieurs années. Quelques malades ont eu des améliorations ou des guérisons temporaires suivies de rechutes.

Les symptômes qui se sont montrés chez les pseudo-tabétiques sont très nombreux.

Le plus constant, celui qu'on a observé à des degrés divers dans tous les cas sans exception, c'est *l'instabilité dans la station verticale et l'incoordination motrice dans la marche, s'exagérant notablement par l'occlusion des yeux.* La démarche des malades ressemble souvent exactement à celle des ataxiques vrais. Dans une observation due à MM. Lecorché et Talamon (1), la malade marchait les jambes écartées, frappant fortement le sol du talon, lançant les jambes d'une façon désordonnée, les heurtant l'une contre l'autre, manquant à tout instant de tomber, allant plus vite qu'elle ne le voudrait. Une malade de M. Huchard avait la démarche hésitante, titubante; elle jetait la jambe de côté en demi-cercle; elle éprouvait une très grande difficulté à marcher on à se tenir à cloche-pied les yeux fermés (2).

Les troubles de la sensibilité qui coexistent avec l'incoordination motrice se présentent avec des caractères variables selon les cas.

Les *douleurs à type fulgurant* sont fréquentes; je les trouve consignées dans la moitié des observations. Elles étaient « comme des coups de lancette » chez le malade de M. Huchard, « en étau » dans un cas rapporté par M. Ballet (3), « d'une extrême violence » dans une observation de M. Féré (4).

Elles survenaient en général par crises d'une durée variable de quelques heures à quelques jours, comme dans l'ataxie vraie.

Les *douleurs en ceinture* sont presque aussi souvent notées. La malade de M. Huchard était comme « serrée dans une cuirasse »; celle de M. Ballet avait la sensation « d'une ceinture entourant le thorax »; l'homme dont j'ai eu l'occasion de pratiquer l'autopsie avait « le bas-ventre et le haut des cuisses comme serrés dans un filet à mailles étroites ».

En même temps, existent habituellement des *douleurs rachidiennes* spontanées ou provoquées par la pression. M. Huchard a noté chez sa malade une douleur sourde le long de la colonne vertébrale, douleur qui devenait assez vive quand on comprimait les apophyses épineuses dorsales. Le sujet observé par M. Michaut avait une plaque d'hyperesthésie siégeant au niveau des trois premières apophyses épineuses dorsales.

Des *fourmillements* désagréables, des *engourdissements* des membres inférieurs ont été constatés quelquefois. Ils étaient très intenses dans l'observation de MM. Lecorché et Talamon. Le malade de M. Féré avait en outre des *plaques d'hyperesthésie* cutanée. Le simple frottement de son pantalon autour du genou lui était extrêmement pénible et il était parfois obligé de retirer son porte-monnaie de sa poche à cause des sensations douloureuses que lui faisait éprouver le contact d'un corps résistant avec la cuisse.

Deux malades avaient de *l'hyperesthésie plantaire*; le premier avait la sensation d'un corps étranger interposé entre ses pieds et le sol (obs. Kowalewski); le second éprouvait constamment la sensation d'une plaie vive ou d'une brulûre siégeant sous la plante des pieds (obs. Ballet).

D'autres avaient de *l'anesthésie plantaire* et ne sentaient pas ou sentaient mal la résistance du sol. Ainsi le malade de M. Michaut croyait toujours marcher sur un tapis moelleux ou sur du coton, et le malade dont j'ai pratiqué l'autopsie avait une sensation très curieuse de déuivellement; il lui semblait, quand il appuyait le pied par terre, que le sol s'enfonçait de 2 à 5 centimètres. Toutefois ces phénomènes d'anesthésie plantaire sont relativement rares chez les pseudo-tabétiques; dans la plupart des observations il est dit que la notion de résistance du sol était bien conservée. Il faut ajouter aussi que les *reflexes au chatouillement de la plante des pieds*, qui sont communément abolis chez les ataxiques vrais, sont presque toujours normaux dans le cas de pseudo-tabes. Ils étaient même exagérés dans l'observation de MM. Lecorché et Talamon.

Le *sens musculaire* ou plutôt la *sensation de position des membres* est ordinairement conservée. Les pseudo-tabétiques se rendent habituellement compte, les yeux fermés, des déplacements qu'on imprime à leurs membres inférieurs. Cependant cela n'est pas constant. Le malade de M. Michaut perdait ses jambes dans le lit et ne pouvait attraper ses talons sans tâtonnement, sans le secours de la vue.

Il en est de même pour les *réflexes patellaires* qui sont le plus souvent normaux (obs. Ballet, Huchard, etc.) et parfois exagérés (obs. Michaut) ou même considérablement augmentés (obs. Lecorché et Talamon). Il est exceptionnel qu'ils soient abolis; cependant ils ont disparu temporairement chez le malade de M. Féré et dans le cas de M. le Dr Petit (de Rennes) l'abolition des réflexes rotuliens est explicitement signalée.

Quelques *troubles de la vision* ont été notés chez les pseudo-tabétiques. Un de ces malades avait comme un brouillard devant les yeux (obs. Ballet), un autre présentait un léger affaiblissement de l'acuité visuelle (obs. Michaut); deux ou trois ont eu de la diplopie passagère. Jamais on n'a constaté chez eux ni l'atrophie blanche de la papille qui complique si souvent l'ataxie vraie, ni la modification particulière des réactions pupillaires (abolition des réflexes aux excitations lumineuses coïncidant avec la conservation des réflexes aux efforts d'accommodation) qui est connu sous le nom de signe d'Argyll Robertson et qui a une si grande importance dans le diagnostic des périodes initiales de la sclérose des cordons postérieurs.

Parmi les autres symptômes constatés dans le pseudo-tabes, il faut signaler la *paresse vésicale* avec lenteur de la miction (deux cas), la *polyurie* (deux cas), le *ténesme rectal* avec faux besoins d'aller à la garde-robe (un cas), les *crises gastralgiques* avec vomissements douloureux et gastrorrhée (deux cas). l'apparition d'*ecchymoses spontanées* (un cas).

Enfin les malades présentaient souvent, en outre des accidents directement attribuables au pseudo-tabes, des stigmates hystériques (hémi-hypoesthésie, abolition du réflexe pharyngieu, rétrécissement des champs visuels) ou des symptômes de neurasthénie (céphalée en casque, mélancolie anxieuse, etc.).

En résumé, Messieurs, l'analyse que nous venons de faire des observations de pseudo-tabes névropathique publiées jusqu'à ce jour, démontre que le tabes vrai et le pseudo-tabes ont quelques symptômes communs. Les troubles de l'équilibration et la marche, le signe de Romberg, les phénomènes sensitifs sont ou peuvent être identiques dans les deux cas. Les différences tiennent surtout à l'absence ou à la présence des réflexes rotuliens et plantaires, du signe d'Argyll Robertson, de l'atrophie papillaire. Ils tiennent aussi aux anté-

(1) Lecorché et Talamon. Etudes médic. faites à la maison Dubois. Paris, 1881, p. 550.
(2) Observation rapportée dans la thèse de M. Leval-Picquechef, p. 106.
(3) Thèse de M. Leval-Picquechef, p. 145.
(4) Thèse de M. Leval-Picquechef, p. 104.

cédents des malades et à l'existence ou à la non-existence de symptômes nerveux dépendant de la neurasthénie ou de l'hystérie.

IV

Le malade, à l'occasion duquel nous avons été amenés à nous occuper aujourd'hui du pseudo-tabes hystérique, est un homme de trente-sept ans, qui se plaint d'éprouver des douleurs aiguës à type franchement fulgurant. De plus, il marche avec une extrême difficulté, lançant parfois ses jambes au-delà du but à atteindre comme le font les véritables ataxiques. Les yeux ouverts, il se tient assez bien dans la position verticale; les yeux fermés, il hésite, chancelle et tombe. Il a perdu la notion de position des membres inférieurs; il a eu à diverses reprises des troubles de la vue; à certains moments sa vessie se vide difficilement. Voilà, vous en conviendrez, un ensemble de symptômes de nature à faire songer à l'ataxie locomotrice progressive. Cependant l'histoire des antécédents du malade et l'analyse attentive des phénomènes morbides qu'il présente actuellement me font penser que nous sommes en présence d'un cas de pseudo-tabes hystérique. Pour vous en convaincre, je vais vous donner connaissance de l'observation détaillée recueillie par l'un des meilleurs externes du service, M. B. Rivière;

OBS. IV. — *Pseudo-tabes hystérique.* — François Mouj., âgé de 37 ans, garçon épicier, né à Besançon, est entré à l'hôpital Saint-André le 13 janvier 1890. Il se plaint de douleurs fulgurantes dans les jambes, dans la tête, au creux épigastrique, et de difficultés de la marche.

*Antécédents héréditaires :* Son *grand-père* et sa *grand'mère* sont morts à un âge très avancé. Son *père*, âgé de 75 ans, jouit encore d'une excellente santé; il n'a point fait abus d'alcools. Sa *mère*, âgée de 74 ans, est très bien portante; elle est un peu vive, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Deux *frères* du malade ont été tués dans une explosion de pièces d'artifices à Paris. Deux de ses *sœurs* sont mortes de la petite vérole; une autre est morte de la fièvre typhoïde, une quatrième de maladie de cœur. Quatre de ses sœurs vivent encore, se portent très bien et n'ont présenté aucun accident sérieux.

François affirme énergiquement que, dans sa famille, il n'y a jamais eu de maladies nerveuses ni mentales.

*Antécédents personnels :* A quinze ans, François quittait Besançon et se rendait à Paris où il entrait comme employé dans une épicerie. Il resta dans cette maison jusqu'à son départ pour l'infanterie de marine, et, à Paris pas plus qu'au régiment, il ne se livra à des excès alcooliques ou sexuels.

En 1870, il eut la petite vérole.

Envoyé au Sénégal en 1877, il y fut pris, après cinq mois de séjour, d'une insolation; il resta deux mois à l'hôpital, et, pendant le premier mois, il eut un délire tellement violent qu'on fut obligé de lui mettre la camisole de force. Il rentra ensuite dans sa compagnie, après avoir refusé un congé de convalescence. Depuis cette insolation François souffrit de maux de tête intermittents. Il rengagea en 1879 et alla d'abord en Cochinchine, où il souffrit de la malaria, puis en Australie.

Au mois de janvier 1884, il ressentit de violents maux de tête, des douleurs dans les reins; il urina du sang (bien qu'il n'ait eu précédemment aucun accident vénérien); en même temps il sentit que ses jambes devenaient raides et il eut un nouvel accès de délire qui dura trois semaines; quand il revint à la raison il se trouva paralysé des deux jambes. C'est alors qu'il fut rapatrié, et, à Rochefort, le médecin principal lui donna le certificat de visite suivant :

« CERTIFICAT DE VISITE

« Je, soussigné, médecin principal de la marine, certifie que M. Arthur Mouj., âgé de 32 ans, fusilier, numéro matricule 4440, est atteint de *myélite chronique*, affection pour laquelle il a déjà été réformé par le service de santé militaire.

« En conséquence, j'estime qu'il y a lieu de présenter le nommé Mouj. devant la Commission spéciale de réforme.

« Rochefort, le 20 janvier 1885.

*Signé :* D...

« *Note :* Cet homme ne peut quitter son lit et devra être conduit en voiture devant la Commission. »

Quelques jours après François fut envoyé à l'asile d'aliénés de Marseille. Là, il se rappelle très bien avoir eu le délire des grandeurs. Il ramassait tout ce qu'il trouvait de brillant pour en faire des décorations. Il se croyait roi et voulait impérieusement qu'on l'appelât *Sa Majesté*. Sa vessie était par moments paralysée, le sphincter du rectum de même.

François est resté quatre mois et demi dans cet état, et après quinze jours de convalescence il rentrait à Paris et se plaçait dans la même maison où il était employé avant son départ pour l'armée.

An mois de juillet 1888, au milieu d'un boulevard de Paris, il ressentit tout à coup des picotements sur le front, un bruit de cymbales dans les oreilles, et un pressant besoin de dormir.

Il se coucha sur le boulevard, sans avoir le temps d'aller s'asseoir sur un banc. Il se souvient parfaitement, dit-il, de ce qui se passait autour de lui : il entendait tout. On le porta au bureau de police et de là à son habitation où un médecin fut appelé et rassura l'entourage en disant que ce n'était qu'une *attaque de catalepsie*. Le malade est resté endormi pendant deux jours; à son réveil, il avait un grand besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire; on fut obligé de le sonder pendant deux jours. François ressentait en même temps un appétit formidable, et sans qu'il éprouvât aucune peine ni douleur, il se mit à pleurer à chaudes larmes. Après cette crise, il ne ressentit qu'un peu de fatigue et, deux jours après, il put reprendre son travail.

Le malade n'avait éprouvé aucune émotion, il n'avait eu non plus aucune violente colère avant l'attaque et n'avait point fait d'excès. Il ne s'était prêté antérieurement à aucune expérience d'hypnotisme et n'avait jamais assisté à des expériences de ce genre.

François eut une seconde attaque de catalepsie en novembre 1888, absolument identique à la première. Depuis, il en a une environ tous les deux ou trois mois. Il est resté huit mois à l'Hôtel-Dieu de Paris où il a eu six de ces attaques, dont une a duré cinq jours.

Le 2 février 1889, François se trouvait auprès d'une personne chez laquelle il avait une commission à prendre, quand tout à coup il ressentit une violente douleur à la jambe droite. En même temps, il fut pris de nausées et de vomissements. La douleur de la jambe droite remonta dans la hanche, dans la poitrine et dans le pharynx, où il éprouva la sensation d'une boule et un peu d'oppression; le malade poussa un grand cri rauque et tomba sans connaissance. On le plaça au grand air; il revint à lui une demi-heure après. On lui raconta alors qu'il avait fait toutes sortes de grimaces et de contorsions. Une heure après, il pouvait regagner son domicile à pied. Le soir, il ne ressentait qu'un peu de fatigue; le lendemain, en se réveillant, il ne sentait plus ses jambes; elles ne semblaient plus exister. Il appela au secours; on le transporta à l'Hôtel-Dieu. François ressentait en même temps une violente douleur à la tête et dans tout le côté droit, sauf dans la jambe droite. Il ne pouvait point uriner tout seul; il fallut le sonder. Il avait une constipation opiniâtre; quand on pressait sur la colonne vertébrale, surtout à la région lombaire, on provoquait une violente douleur. Les jambes étaient contracturées; le malade ne peut pas dire si elles étaient serrées l'une contre l'autre, mais il se rappelle fort bien qu'on explora sa sensibilité et qu'on trouva chez lui des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie; les conjonctives

étaient anesthésiées des deux côtés; anesthésie complète du pharynx; les plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie variaient du jour au lendemain, sauf les conjonctives qui restaient toujours insensibles; la température oscillait entre 38° et 39°.

Deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, entre une heure et deux heures de l'après-midi, François pousse un cri, perd connaissance, ses muscles se contractent, il rejette de la salive, mais ne se mord point la langue; au bout de cinq ou six minutes il revient à lui. Ces attaques, que l'on appela épileptiques, revinrent tous les jours à la même heure, pendant quarante jours de suite. Il était rare que pendant leurs évolutions le malade n'urinât point sous lui; mais jamais il n'eut de selles involontaires, ni se mordit la langue.

Un mois après son arrivée, M. le professeur Proust fit écrire sur le cahier de visite : *myélite chronique épileptiforme.* — On fit au malade, chaque jour, des douches aux jambes et au périnée, de la strychnine, des bromures, des iodures.

Quarante ou cinquante jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers la fin du mois de mars 1889, François recommença à sentir ses membres inférieurs et à les remuer. Bientôt il put se lever et marcher, mais il traînait les jambes et sa démarche ressemblait à celle qu'il a actuellement. Deux ou trois jours après qu'il eut recommencé à marcher, François urinait tout seul; en même temps disparaissaient les attaques épileptiformes. François vit son état s'améliorer de jour en jour et, quinze jours après qu'il eut commencé de marcher, il se sentait complètement guéri de sa paralysie. Mais en même temps il souffrait toujours de la tête et des reins; d'un autre côté, la vue, qui lui avait paru faible quatre ou cinq jours après son entrée à l'hôpital, s'affaiblissait de jour en jour.

Au commencement du mois d'avril 1889, des douleurs se firent sentir de nouveau dans les jambes et les mollets, accompagnées de fourmillements à la pointe des pieds. Trois ou quatre jours après le début de ces nouveaux accidents, le malade sentit ses jambes se paralyser peu à peu et devenir raides. Quelques jours après, le bras droit devenait raide à son tour; il était étendu le long du tronc; les doigts étaient en extension et entrelacés entre eux. La paralysie du bras disparut au bout de dix jours, subitement, comme elle avait du reste apparu. Mais la raideur dans les jambes persistait; si l'interne parvenait à les fléchir, c'est en lui causant de vives douleurs.

Ce fut aussi dans les premiers jours d'avril 1889 que François présenta un symptôme nouveau. Tout d'un coup, il sentit sa langue paralysée; il lui était impossible de proférer une seule parole. Ce mutisme complet dura dix-neuf jours; au bout de ce temps, il recommença à parler, mais il éprouvait une grande difficulté à prononcer les *p* et les *g*. Il n'arrivait que très difficilement à prononcer le mot gargarisme.

Un mois après sa rechute, c'est-à-dire au commencement de mai 1889, une aggravation notable se produisit: les *douleurs fulgurantes*, qui, il y a un mois, étaient à peine marquées, devinrent très vives aux jambes, à la ceinture, au creux épigastrique, le long de la colonne vertébrale et à l'occiput, et, si on pressait en ce dernier point, le malade ressentait des douleurs atroces En même temps, il commença à vomir ses aliments; ses jambes maigrirent beaucoup; le sphincter de la vessie se paralysa de nouveau; il fallut avoir recours à la sonde et l'on constata, comme pendant sa première paralysie, du pus, des spermatozoïdes et du sang dans les urines. François avait, en outre, des selles involontaires; la température oscille entre 39° et 40°. Au mois de juillet 1889, il eut des accès de folie, on fut obligé de lui mettre la camisole de force.

Ce fut à cette époque que, sur le cahier de visite, François vit écrit, à côté de son numéro : *Hystérie et aliénation mentale.*

Cette aggravation de tous les symptômes dura jusqu'au mois de juillet 1889. An mois d'août, une légère amélioration se produisit; les douleurs fulgurantes devinrent moins intenses; le malade retrouva ses jambes et, avec la sensibilité, la motilité ne tarda pas à reparaître; il resta néanmoins quelques plaques d'anesthésie. Aidé de béquilles, François commença à marcher, mais avec le pied droit il ne sentait pas du tout le sol; il lui semblait qu'il marchait sur du duvet; il sentait un peu mieux avec la jambe gauche. Quand il marchait, il lançait ses jambes à tort et à travers et il frappait du talon; il ne pouvait pas marcher les yeux fermés; son état resta à peu près le même jusqu'au mois d'août 1889.

Pour la troisième fois, sur le cahier de visite on changea le diagnostic; à la place d'*hystérie*, on écrivit *ataxie*, et au lieu de chloral et de bromure de potassium qu'on donnait au malade pendant qu'on le considérait comme hystérique, on le traitait maintenant par la pendaison. François a été pendu cinquante-huit fois; ce traitement a produit une grande amélioration dans la marche; mais le malade dit qu'il y a aggravation des symptômes douloureux, surtout des douleurs en ceinture. François a remarqué que, depuis le mois d'octobre dernier, il y voit très peu pendant la nuit; pendant le jour, il y voit double mais il voit clair. Il y a environ six semaines que le malade a commencé à uriner tout seul. A la fin de décembre 1889, M. Proust dit à François qu'il ne pouvait plus rester dans son service, qu'on l'enverrait avec les incurables. Le malade préféra rentrer dans sa famille qui habite les environs de Toulouse. En passant à Bordeaux, il perdit connaissance à la gare et fut transporté à l'hôpital Saint-André, où il fut admis le 13 janvier 1890.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait beaucoup d'anxiété, de l'hypéresthésie musculaire et il disait souffrir horriblement du creux épigastrique et de la colonne vertébrale. Le 17 au matin, il eut une crise très douloureuse; à huit heures, il parlait encore; après la piqûre de morphine, à huit heures et demie, le malade perdait tout d'un coup l'usage de la parole; quand il essayait de parler, une sorte de gargouillement se produisait dans sa bouche, cependant il pouvait avaler des liquides. Le soir, les douleurs étaient moins vives, mais le malade ne pouvait point parler ni tirer la langue. On voyait celle-ci pelotonnée au fond de la bouche. L'intelligence était conservée et le malade répondait par écrit à toutes les questions qu'on lui posait. Le lendemain, la paralysie de la langue disparut tout d'un coup comme elle avait apparu.

*Etat actuel le 20 janvier 1890. — Sensibilité :* François se plaint surtout de douleurs aiguës, lancinantes, rapides commes des éclairs, siégeant dans les membres inférieurs, depuis la ceinture jusqu'aux extrémités des orteils. Ces douleurs surviennent par accès. Elles sont souvent assez vives pour faire tressauter le malade et lui arracher des cris.

La peau est partout sensible au contact et à la piqûre. Elle l'est peut-être un peu moins sur les membres inférieurs que sur le tronc et la face. Pas d'anesthésie des conjonctives. Pas de zones spasmogènes.

*Vue :* Résultats de l'examen pratiqué par M. Badal le 20 janvier 1890 :

1° L'accommodation et les réflexes de l'iris sont conservés;

2° *Pas d'atrophie des nerfs optiques :* La papille droite est absolument normale; à gauche un peu de diffusion à la périphérie, encore n'est-il point certain que ce soit là un état pathologique;

3° L'acuité visuelle est réduite à 1/6 à gauche (avec un verre corrigeant l'hypermétropie légère). A droite l'acuité est plus mauvaise, mais cet état doit être mis sur le compte d'un astigmatisme irrégulier, suite de kératites anciennes.

4° La vision des couleurs paraît conservée.

5° Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, 25° à 30° dans toutes les directions.

*L'odorat* est très affaibli surtout à droite. Le *goût*, l'*ouïe* et le *toucher* sont normaux.

*Motilité :* Le malade, étendu dans la position horizontale, n'a pas de tremblement; il peut mouvoir assez bien ses membres. Lorsqu'il est debout, les yeux ouverts, il peut rester longtemps immobile, mais si on lui fait fermer les yeux, il chancelle aussitôt et

tombe lourdement en avant ou en arrière, plus souvent en avant. La marche est difficile, hésitante, gênée par des secousses musculaires irrégulières; les talons sont lancés quelquefois au-delà du but à atteindre; tout le corps est en état d'équilibre instable; les jambes présentent une sorte de tremblement un peu analogue à celui qu'on observe chez les malades atteints de tabes spasmodique.

Le sens musculaire, normal aux membres supérieurs, est aboli aux membres inférieurs. Les yeux fermés, le malade ne se rend pas compte des déplacements qu'on imprime à ses jambes: il ne peut pas attraper ses talons avec ses mains; il perd ses jambes dans son lit.

Les muscles des membres inférieurs ont leur volume normal; ils sont fermes et un peu sensibles à la pression. La force y est bien conservée.

Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. Celui du côté droit est plus ample et plus brusque que celui du côte gauche.

Le réflexe au chatouillement plantaire est affaibli.

L'introduction du doigt au fond du pharynx ne provoque pas de haut-le-cœur.

La miction est facile. Le malade a quelquefois de la spermatorrhée. Il n'a plus d'érection depuis plusieurs mois.

Les appareils respiratoire, circulatoire et digestif ne présentent rien d'anormal.

L'intelligence est intacte. Le sommeil est souvent troublé par des cauchemars terrifiants. Pas de céphalée. Le caractère est inquiet, chagrin, mobile à l'excès,

En résumé, François M... présente des symptômes qui ressemblent incontestablement à ceux de l'ataxie locomotrice progressive. Il a des douleurs à type fulgurant, de l'incoordination motrice exagérée par l'occlusion des yeux, des troubles profonds du sens musculaire, etc. Mais c'est un névropathe qui a eu antérieurement des accidents complexes dont quelques-uns au moins (anesthésie de la muqueuse conjonctivale, attaques du sommeil) sont de nature hystérique. Avant de poser un diagnostic ferme, il faut savoir si l'hystérie ne pourrait pas également expliquer les symptômes actuels.

Vous remarquerez tout d'abord que notre malade n'a que les symptômes les plus saillants du tabes: les douleurs à type fulgurant et les troubles de la coordination motrice. Plusieurs signes moins apparents, mais tout aussi importants pour l'établissement du diagnostic, font défaut. Les réflexes rotuliens sont conservés; les réactions de l'iris à la lumière et à l'accommodation sont normales; il n'y a pas d'atrophie blanche de la papille.

Or, c'est précisément ainsi que se sont passées les choses chez la plupart des malades atteints du pseudo-tabes hystérique dont les observations ont été publiées. Les symptômes extérieurs du tabes étaient très nets, mais les symptômes latents, ceux qu'on pourrait à juste titre appeler les stigmates tabétiques: le signe de Westphall, la papille d'Argyll Robertson, l'atrophie papillaire, etc., faisaient défaut.

Dès lors nous devons, ce me semble, raisonner de la façon suivante: Notre malade a des symptômes sensitifs et moteurs qu'on peut rencontrer également dans le tabes vrai et dans le pseudo-tabes hystérique. Il est en outre porteur de quelques stigmates hystériques (abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement concentrique des champs visuels) et ne présente pas de stigmates tabétiques (signe de Westphall, signe d'Argyll Robertson, atrophie papillaire). En conséquence, il est vraisemblablement atteint de pseudo-tabes hystérique. Il n'a pas de lésions indélébiles de la moelle épinière. C'est un de ces faux ataxiques qui peuvent guérir d'un instant à l'autre sous l'influence de simples émotions morales.

## CHIRURGIE

### HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CORPS FIBREUX.

Par le Dr Martel,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Suite*) (1).

Un autre véritable progrès qui découle forcément de la méthode de Richelot, c'est l'abstention de toute suture, de tout essai de fermeture de la plaie vagino-péritonéale, et aussi du drainage, inutile si la plaie n'a pas été infectée, comme c'est le cas pour les fibrômes, et dans le cas contraire, parfaitement suppléé par les branches des pinces.

Le tamponnement lâche et souple du vagin avec la gaze iodoformée, ou, sans doute, avec toute substance analogue, molle et aseptique, remplit à merveille la seule indication, l'isolement de la séreuse, qui doit être pendant et après l'opération tenue à l'abri de la pénétration des liquides physiologiques et morbides, aussi bien que des lavages antiseptiques. Le tampon doit être primitivement très peu serré, pour éviter que, dans leur rétraction énergique, les tissus ne se compriment contre lui et contre les instruments, qu'il sert à la fois à isoler et à maintenir. On est étonné de la rapidité avec laquelle la perte de substance se rétrécit, se *bouche* définitivement, rapidité qui est constatée aussi bien sur les opérées guéries, que dans les rares autopsies pratiquées à bref délai. Lors même que dans le cours des manœuvres l'intestin est venu faire saillie dans le vagin, ce qui sera moins rare dans cette brèche beaucoup plus large parfois que celle qui laisse la matrice cancéreuse, il n'y a consécutivement aucune tendance au prolapsus (Voir plus loin).

Quelques nouvelles réflexions auront trait aux particularités spéciales du fait qui m'est personnel; j'y reviendrai après avoir exposé l'histoire de ma malade.

Observation. — Mme C..., cuisinière, habitant le *bourg* de Pleurtuit, âgée de 46 ans.

*Antécédents.* — Elle s'est mariée il y a dix ans, a fait une fausse couche de 4 mois environ. Au bout de deux ans de vie conjugale, s'est séparée de son mari: ce qui signifie pour elle continence absolue.

Elle avait toujours été bien portante, lorsqu'il y a 6 mois environ elle s'aperçoit au bas ventre d'une grosseur qui augmente rapidement et devient de plus en plus douloureuse, spontanément ou au toucher. Aucune ceinture ne peut être supportée. Elle fait de longues marches, mais le travail habituel lui est devenu impossible; les souffrances sont plus vives la nuit et empêchent tout sommeil. Elle a dû quitter sa place au mois de janvier, toutes ses ressources sont épuisées, et la vie lui est devenue intolérable. Aucun traitement n'ayant pu lui procurer du soulagement, elle vient, sur le conseil des médecins de son pays, me demander de lui enlever sa tumeur.

*Etat actuel* 21 mars 1890. — Femme bien constituée, svelte sans maigreur, un peu couperosée, mais niant toute habitude alcoolique dont elle ne présente aucun autre indice. Les poumons, le cœur, les gros vaisseaux, sont parfaitement sains et fonctionnent régulièrement.

Les règles viennent normalement, trop rapprochées mais peu abondantes, et n'exerçant aucune influence sur l'état du ventre. De temps à autre, depuis quelques mois, elle éprouve un suintement sanguin plus ou moins prolongé, qu'elle prétend distinguer très bien de l'écoulement périodique.

Dans le décubitus dorsal, le ventre est souple et plat. On trouve

(1) Voir le numéro précédent.

très facilement à l'hypogastre une tumeur grosse comme le poing, régulièrement arrondie, mobile, légèrement inclinée vers le flanc gauche et se laissant aisément refouler dans la profondeur du bassin ; elle est douloureuse à la pression de la main.

Léger écoulement de sang par la vulve.

Toucher vaginal. — Le col occupe sa place normale. Il est un peu gros, régulier et souple. A son orifice le doigt rencontre une masse mollasse, de la grosseur d'une petite noix qui se prolonge dans la cavité un peu élargie, par un pédicule lâche et grêle.

Le col lui-même semble s'insérer sur une masse arrondie, bosselée, développée surtout vers le côté gauche, qu'elle déborde en avant et en arrière, et dont les culs-de-sac sont effacés tandis qu'à droite, ils sont à peu près libres, et on ne constate qu'une seule bosselure saillante.

Au toucher et palper combinés, les tumeurs abdominale et pelvienne, à peu près de même volume, se confondent en une seule, de forme cylindroïde, et à leur point de jonction présentent une très notable mobilité, qui permet le renversement sur la gauche de la moitié supérieure.

Les tissus ambiants sont parfaitement souples, la pression sur l'abdomen abaisse en bloc tout le système, de telle sorte que le col se rapproche sensiblement de l'anneau vulvaire.

Speculum. — Vagin sain, souple, mais étroit. Le petit polype signalé au toucher, est forgeux et saignant. Séance tenante je l'enlève par torsion du pédicule et arrachement. Injection froide et tampon antiseptiques. Cette petite opération n'a eu aucune suite fâcheuse et je n'y reviendrai pas.

Il s'agit de corps fibreux multiples. Mais quelle est dans cette masse la part qui revient à l'utérus lui-même? Il est sans doute plus ou moins hypertrophié et englobé dans la moitié inférieure.

L'hystéromètre donnerait peut-être quelque renseignement précis, mais sans utilité pratique; car les détails intimes de la tumeur, qui forme un tout cohérent et à peu près régulier, n'auront aucune influence sur le choix et le manuel de l'opération. La malade ayant près de 16 kilomètres à parcourir, aller et retour, pour chaque visite, je m'abstiens de toute exploration pouvant entraîner un traumatisme intra-utérin si léger qu'il soit.

La femme C..., exige une opération immédiate et radicale. Elle ne veut pas attendre le bénéfice, douteux désormais, de la ménopause définitive. Elle ne veut pas entrer dans un hôpital, ce que je ne puis blâmer, ne peut séjourner en ville, et par conséquent doit être soignée dans son village, ce qui m'interdit tout traitement prolongé, préliminaire ou palliatif.

Je lui expose, en les accentuant plutôt que les atténuant, les dangers de l'opération, et pour lui donner, ainsi qu'à moi, le temps de la réflexion, je prescris une médication banale : Seigle ergoté à doses fractionnées, et injections chaudes : le tout sans aucun résultat.

Elle me revient au bout de 10 jours ; le suintement sanguin a disparu avec le petit polype. Les règles sont survenues avec leurs caractères ordinaires : les souffrances sont les mêmes et sa détermination n'a pas varié.

De mon côté je reste convaincu que l'état normal et matériel de la malade autorise l'intervention comme elle la demande. La ménopause me paraît effective, malgré la persistance apparente des règles : tout sursis n'aura d'autre effet que de laisser les douleurs et le volume du néoplasme s'accroître, partant, augmenter les difficultés et le danger. De plus, la tumeur est mobile, elle s'engage dans le petit bassin sans le remplir, elle parcourt facilement la filière ossanse ; l'étroitesse du canal génital causera des difficultés, mais non insurmontables ; l'extirpation par le vagin procurera une guérison radicale, avec moins de danger que la section abdominale. Je me décide donc pour la kolpo-hystérectomie immédiate. Mais voulant couvrir complètement ma responsabilité, je soumets la question à mon ami le Dr Polaillon, l'éminent chirurgien de la Pitié, qui approuve ma décision et le choix de la méthode.

J'ai peine à faire accepter à la femme C... les délais indispensables pour les arrangements que nécessite une opération importante, faite dans ces conditions, et dont je puis enfin fixer la date au 1er juin.

Grâce à la généreuse complaisance de notre habile fabricant, M. Collin (de Paris), je puis me procurer l'arsenal chirurgical nécessaire pour l'hystérectomie vaginale, et aussi en cas de surprise pour la laparotomie. Je m'assure du concours de mes confrères les Drs Sorre, Peynaud et Bervot de Saint-Malo, Le Covec de Dinard, au dévouement désintéressé desquels je me plais à rendre hommage, sans oublier M. Nicolas de Pleurtuit médecin de la malade qui lui continuera après l'opération des soins assidus. Je puis ainsi laisser, selon son désir, la malade en pleine campagne, avantage important à mes yeux, et qui n'a pas été étranger au succès et à la bénignité des suites.

Plusieurs jours d'avance, injections vaginales au sublimé ; les poils du pubis sont coupés ras, la région ano-vulvaire savonnée avec soin.

La chambre est claire et bien aérée. Je m'assure qu'il n'y a dans l'entourage aucune personne malade, et en particulier atteinte de lésion suppurante.

Je me procure en quantité suffisante du linge fraîchement lessivé, de l'eau bouillie. Les éponges sont remplacées par des tampons d'ouate iodoformée.

Presque tous les instruments sont neufs, les autres sont soumis à l'ébullition, trempés dans une solution phéniquée légèrement caustique, puis lavés à l'eau bouillie.

Toutes les précautions sont prises pour les mains et les vêtements de l'opérateur et des aides.

La malade est de plus en plus fortement déterminée. Elle est même revenue me relancer chez moi, malgré ma défense, le 29 avril et c'est à regret et non sans appréhension, que je suis forcé d'agir si peu de temps après cette fatigue intempestive.

1er mai, 10 h. du matin. Couchée sur un lit de fer ordinaire, la patiente est soumise au chloroforme dont l'action est un peu lente et accompagnée au début d'un certain degré d'agitation. Car malgré la fermeté de sa décision, elle est, naturellement, fort impressionnée. Enfin l'anesthésie est complète, et il ne survient de ce côté aucun incident pas la moindre nausée, bien que par suite de malentendu, un léger repas ait été pris peu de temps avant notre arrivée.

Position de la taille : les deux membres inférieurs, enveloppés de flanelle neuve, sont maintenus fléchis par les aides.

La vessie est vidée les écarteurs coudés introduits ; mais dans ces organes presque virginaux ils laissent à peine le passage des pinces de Muzeux. Le col est saisi à pleins mors, successivement par plusieurs pinces, tandis que la tumeur abdominale est refoulée en bas ; il est abaissé, entraîne avec lui la masse entière, arrive à effleurer l'anneau, s'y arrête ; et malgré mes efforts prudents mais énergiques, je constate l'impossibilité d'obtenir davantage.

Au moyen d'une lame isolée d'écarteur, qui va suivre la marche du couteau, je découvre les insertions du vagin que j'incise très près de son adhérence cervicale en avant et sur les côtés, et faisant relever fortement les pinces fixatrices. Je complète mon incision en remontant le plus haut possible en arrière. La section circulaire, ou plutôt ovalaire, étant complète, je décolle avec le doigt les tissus autour du col fortement tendu ; La vessie est facilement séparée. mais de tous côtés, en avant et en arrière, je me perds dans un tissu lamineux lâche, sans pouvoir reconnaître les culs-de-sac du péritoine qui semblent fuir devant mon ongle et devant les instruments mousses enfoncés avec précaution sans quitter le contact de la masse morbide.

Pour faciliter l'abaissement, les brides filamenteuses verticales, qui descendent très bas, en arrière et à gauche surtout, sont pincées et coupées au ras de l'utérus. Je fais remonter le travail des ciseaux aussi haut que je puis atteindre ; j'abrase un petit myôme saillant à gauche, mais le col seul cède par allongement à la trac-

tion, et je dois renoncer à l'espoir d'attirer la masse entière graduellement à l'extérieur. Mes forces aussi bien que celles de mes aides commençant à s'épuiser visiblement, il me faut changer de manière de procéder.

Le vagin, au lieu de céder à la distension, forme des brides transversales ou mieux, circulaires, qui étreignent la tumeur, et qui, conjointement avec le reste des brides formées par les éléments dissociés des ligaments larges, s'opposent à toute descente ultérieure. Je devrai donc exécuter la plus importante partie des sections sur place, dans la profondeur même de la cavité abdominale.

Malgré la dilatation digitale énergiquement pratiquée, la main ne peut pénétrer, même sous la pression la plus forte que je puisse employer, méthodiquement d'ailleurs, en la présentant sous forme de cône, par le rapprochement des doigts.

Il faut en finir cependant, sans hésiter davantage, j'incise latéralement les deux grandes lèvres, vers leur partie moyenne, à petits coups, et après plusieurs tâtonnements, je prolonge l'action des ciseaux sur les parois vaginales, assez haut pour que ma main, poussée comme tout à l'heure, vigoureusement et lentement à la fois, pénètre en plein dans la cavité vaginale, rendue libre préalablement par le remontement de l'utérus, non sans me donner une sensation d'éclatement des parois, par la prolongation et l'élargissement de mes incisions. Je puis alors aisément, en avant et en arrière de l'utérus, me rendre un compte exact de la disposition des parties; vérifier que le péritoine des culs-de-sac est décollé et non rompu, que la tumeur pourra passer par la voie élargie, et que par le côté droit à peu près libre, les manœuvres seront très praticables. Je retire la main droite, encore serrée au passage, qui arrache, malgré mes précautions et celles des aides, les pinces que je replace quoiqu'il n'y ait pas d'écoulement de sang. La main gauche pénètre à son tour; je glisse le pouce en avant de la matrice, les autres doigts à plat en arrière, et saisissant ainsi le ligament large presque intact de ce côté, je déchire la séreuse en avant et en arrière et complète le décollement sur le côté : sur le pouce et l'indicateur placés dans ces larges boutonnière, je glisse sans difficulté les branches ouvertes de la pince courbée sur le champ. Elle est fermée, confiée à un aide, et toujours avec les mêmes guides, en quelques coups de ciseaux qui rasent le côté droit de la masse à enlever, je détache complètement ses attaches. Grâce à la mobilité qui en résulte, je la fais basculer en l'abaissant un peu, la paume embrasse la convexité de la partie supérieure; les doigts suivant ce mouvement prolongent vers la gauche la rupture du péritoine, et la partie restante, étroite, du ligament large gauche est isolée, pincée et coupée avec la même sécurité et la même facilité.

La masse myomateuse, ainsi complètement détachée, est, après le retrait de ma main, attirée prudemment par les pinces auxquelles le col souple et résistant a fourni une prise solide, et extraite non sans quelque effort, entraînant avec elle toutes les pinces hémostatiques, sauf celle du ligament large droit. Il y a, pour la première fois un petit jet de sang parfaitement visible au fond du vaste cloaque que forme le vagin largement dilaté; le point d'où il part est facilement saisi : mais plusieurs autres fournissent un écoulement en nappe très peu abondant. Tenant à éviter toute hémorrhagie consécutive, je maintiens longtemps les parties en observation; la plaie est à plusieurs reprises essuyée avec des tampons d'ouate iodoformée sèche ; Je fais plusieurs pincements, les uns provisoires, les autres définitifs, et finalement je laisse en place 8 pinces, 3 grandes sur les débris des ligaments larges, 5 petites sur la plaie vaginale.

Deux incidents à noter : Au moment où la tumeur arrive à la vulve, je m'aperçois que les dents de la pince de Muzeux ordinaire, ont accroché la muqueuse vaginale et arraché toute la portion située au-dessous des incisions latérales, qui forme un lambeau dont la base est encore adhérente à la peau. J'arrête le mouvement, dégage le mors de la pince et termine l'opération comme je viens de le dire.

Un peu plus tard, pendant cette longue surveillance et la manœuvre des pinces hémostatiques, la chloroformisation est interrompue; la malade, encore inconsciente, gémit et fait de légers efforts; à deux reprises une anse d'intestin grêle, un peu rougeâtre, de 12 à 15 cent. de longueur, tombe dans la cavité du vagin, d'où elle est facilement repoussée dans le ventre au moyen d'un tampon monté qui, la seconde fois, est laissé en place, et empêche tout nouveau prolapsus. Celui-ci du reste n'a plus aucune tendance à se produire quand la malade complètement éveillée peut contrôler ses mouvements.

Enfin, l'hémostase me paraissant complète et définitive (la perte de sang totale a été insignifiante) le tampon monté est remplacé par des fragments chiffonnés de gaze iodoformée, très mollement tassés entre les pinces à demeure; quelques points de suture métallique réunissent entre eux les bords cutanés des incisions, et le bord de la déchirure du vagin à la fourchette. Lavage antiseptique minutieux de la vulve. La malade est recouchée sur le même lit, débarrassée de ses garnitures souillées, les membres inférieurs demi fléchis soutenus par un coussin en travers sous les jarrets. Des couches suffisantes d'ouate servent à maintenir la partie saillante des longues pinces. Une autre recouvre le ventre.

L'opération proprement dite, du placement des pinces à l'extraction de la tumeur, a duré environ 40 minutes; avec la chloroformisation et les soins consécutifs près de deux heures. L'opérée est un peu pâle et faible. Le pouls petit et fréquent, mais les traits ne sont pas altérés. et il n'y a d'autre souffrance notable que la cuisson extérieure à la vulve.

Le cathétérisme est pratiqué. Mais la sonde laissée à demeure cause deux alertes, quelques coliques qui durent jusqu'à son enlèvement, et un écoulement d'urine, qui traverse les matelas, et que l'entourage, non prévenu, prend pour une hémorrhagie.

Dans la journée, je fais faire à plusieurs reprises une injection de morphine de 5 milligrammes qui procure un grand bien-être. Les boissons ingérées sont vomies sans efforts, les vomissements cessent seulement le 4e jour.

Le 2 au soir, pas de douleurs vives, la température est à 38°5, le pouls à 112.

Le 3, 10 h. du matin. T. 37.5. Pouls à 92. Le cathétérisme n'a pu être pratiqué depuis hier soir. La vessie est distendue, le ventre douloureux. Je retire les pinces non sans quelque peine, en provoquant une vive douleur. La vessie vidée, le gonflement et la douleur disparaissent instantanément.

La température oscille entre 38.5 le soir et 37.5 le matin.

Les vomissements cessent, l'appétit renaît, mais l'opérée réclame toujours les piqûres de morphine qui lui donne de bonnes nuits.

Le 5. État très satisfaisant. J'enlève la portion la plus superficielle du tampon vaginal qui est fortement serré. Le soir même les selles et la miction se font spontanément. On cesse le cathétérisme. A partir de ce moment douleurs modérées mais permanentes du bas ventre ; le pansement est continuellement mouillé d'urine que l'on croit couler par le vagin.

Le 8. Température normale matin et soir, la malade réclame des aliments solides qui lui sont accordés *ad libitum*. Je retire le reste du tampon qui n'est souillé ni de sang ni d'urine ; le fond du vagin est solidement fermé. Je ne vois rien d'anormal.

Je retire les fils d'argent, les plaies cutanées sont cicatrisées par première intention. Celles de la muqueuse suppurent un peu.

Le 11. L'incontinence persiste, continue avec envies fréquentes. Les sensations sont troublées par l'action de la morphine et mal expliquées par la malade.

Je n'ai pas de peine à constater que la vessie reste constamment distendue. ce qui cause les douleurs de ventre, et, malgré les mictions fréquentes, un écoulement involontaire et inconscient de l'urine. Tout cela disparaît immédiatement par le cathétérisme, qui sera repris régulièrement, en même temps que les injections hypodermiques seront supprimées.

Une injection borique de 300 gr. reste dans la vessie, et pendant

une inspection d'un quart d'heure, pas une goutte d'urine ne mouille les tampons placés dans le vagin. Je n'ai donc plus d'inquiétude de ce côté.

Désormais tout se passe régulièrement.

Le ventre est souple, un peu de douleur à la pression au siège de la tumeur abdominale, qui va s'atténuant graduellement ; j'ai quelque peine à faire garder le lit pendant les trois semaines de rigueur.

Cependant les plaies vulvovaginales, soignées par des lavages antiseptiques et le renouvellement fréquent des tampons d'ouate iodoformée, tendent graduellement à la cicatrisation. Elles sont plus étroites et moins profondes, leurs bords s'affaissent. La guérison est à peu près complète lorsque le 24e jour je permets à la femme C.. de se lever et de reprendre graduellement la vie ordinaire.

A ce moment le fond du vagin est fermé par un cul-de-sac, sorte de dôme assez large, très distinct par sa consistance mollement inégale, de la surface sèche et un peu râpeuse de la muqueuse normale, qui lui forme une sertissure régulièrement circulaire.

— 9 juin. Mme C...vient à mon cabinet. Elle se considère comme complètement guérie, malgré une pesanteur légèrement douloureuse sur les hanches, dans la marche prolongée. La sensibilité à la pression du flanc gauche va en s'atténuant, mais n'a pas encore disparu.

La vulve est cicatrisée. Elle présente quelques rougeurs à la face interne, au niveau des incisions. La fourchette est un peu déformée, épaissie et élargie.

Au toucher, vagin souple, indolent, assez large, long de 7 à 8 centimètres. Au fond, le dôme adventice a disparu et le doigt rencontre un orifice arrondi dans lequel il ne peut pénétrer. Une épaisseur notable de tissus le sépare de la main qui déprime la paroi abdominale.

Au speculum. — Muqueuse saine, d'un rose pâle. Le pertuis constaté au toucher apparaît très petit, bordé par un liseré rouge, sans suppuration appréciable.

La femme C... a été revue par moi à plusieurs reprises et en dernier lieu le 12 juillet. Elle a pu reprendre ses occupations ordinaires. Il y a encore, à la fatigue prolongée, une légère sensibilité du ventre et quelques maux de reins, le tout fort atténué.

La cicatrisation du fond du vagin est incomplète, et l'exploration ne cause aucune douleur. Le plancher du bassin est solidement reconstitué.

*(A suivre.)*

---

# REVUE DES JOURNAUX

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

I. — Sur la castration dans les cas d'ostéomalacie, par le Dr L. Truzzi, de Milan.

II. — Sur la nature et le traitement de l'ostéomalacie puerpérale, par le Dr Fehling, de Bâle.

III. — Asepsie et antisepsie dans les cas de laparotomie, par le Dr Rein, de Kiew. — Communications faites au Congrès international de médecine de Berlin, section d'obstétrique et de gynécologie (supplément au *Centralbatt für Gynæcologie*, p. 6, 8 et 9).

I. — M. Truzzi a eu recours à la castration, dans deux cas d'ostéomalacie. Une première fois chez une femme de 26 ans, qui, dans le cours d'une précédente grossesse, avait éprouvé des douleurs ostéomalaciques. Elle avait accouché à terme et spontanément, mais l'accouchement avait été un peu laborieux. Lors d'une seconde grossesse, les douleurs ostéomalaciques se sont réveillées avec une intensité bien plus grande. La femme éprouvait une grande difficulté à se mouvoir. Il fallut provoquer l'accouchement avant terme. Les suites de couches furent normales, mais les douleurs ostéomalaciques, loin de se calmer, allaient en augmentant.

M. Truzzi pratiqua une castration double, trente-deux jours après le dernier accouchement; les annexes de l'utérus ne présentaient rien d'anormal. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide. Les déformations du bassin ont complètement disparu. Il n'y a plus eu de pertes menstruelles, chez cette femme.

La seconde observation concerne une célibataire âgée de 34 ans, qui avait été prise de douleurs ostéomalaciques, à l'âge de 31 ans. Ces douleurs, parties des membres inférieurs, s'étaient étendues à la colonne vertébrale, au bassin, aux côtes, et finalement aux membres supérieurs, à l'exception des mains. Il s'y était ajouté de l'amaigrissement, des sueurs profuses, une dépression du ventre, une déformation très prononcée du thorax ; bref on se trouvait en présence d'un cas bien net d'ostéomalacie.

Le 17 juin 1890, M. Truzzi procéda à une castration double. Les organes extirpés ne présentaient pas de lésions biens définies. L'état de la femme s'améliora très rapidement ; au bout de dix jours, elle pouvait de nouveau se retourner dans son lit, et à l'époque où M. Truzzi rendait compte de ce cas, elle pouvait marcher sans béquilles, et sans être soutenue.

M. Truzzi constate qu'il est très difficile de donner une explication plausible des faits de ce genre. Les théories dites chimiques sont incapables de nous faire comprendre comment la suppression de l'activité sexuelle peut améliorer, voire guérir l'ostéomalacie puerpérale ou non puerpérale. M. Truzzi incline à croire que l'influence salutaire de la castration est liée aux modifications qui se produisent dans l'activité neurotrophique de l'organisme tout entier, et qui atteignent spécialement la nutrition des os et des muscles ; il a cité des faits qui semblent parler en faveur de cette manière de voir.

Quoi qu'il en soit, l'empirisme nous a fait connaître dans la castration une intervention d'une réelle efficacité dans ces cas d'ostéomalacie, et qui ne manque pas, d'ailleurs, d'un côté rationnel, puisqu'elle soustrait les femmes ostéomalaciques aux dangers qu'entraîne pour elles la grossesse.

II. — M. Fehling a rappelé quel pronostic grave comportait jusque dans ces derniers temps l'ostéomalacie chez les femmes grosses. La plupart de ces femmes succombaient aux suites des opérations obstétricales que nécessitaient les déformations du bassin, ou à des maladies consomptives telles que la tuberculose. Les choses se sont modifiées dans un sens favorable, depuis que Porro a proposé de recourir dans les cas de ce genre, à l'opération césarienne. On a eu ainsi l'occasion de constater que l'extirpation de l'utérus et des ovaires pouvait amener une guérison rapide dans des cas d'ostéomalacie grave, et on en est venu à tenter la castration comme un remède contre cette maladie des os.

M. Fehling a pratiqué l'extirpation des ovaires dans 8 cas d'ostéomalacie grave. Une des opérées a succombé aux suites d'un rétrécissement de l'intestin, dû à des adhérences que cet organe avait contractées avec l'utérus soudé à la paroi abdominale. Chez les 8 autres opérées, la convalescence n'a été troublée par aucun incident fâcheux, et le résultat de la castration s'est chiffré par une guérison durable. L'âge de ces femmes était compris entre 28 et 51 ans ; la plupart d'entre elles

avaient en plusieurs enfants, et souffraient depuis de longues années.

A l'occasion de ces faits et d'autres qui n'ont pas donné lieu à une intervention opératoire, M. Fehling a été amené à s'occuper de l'étiologie de l'ostéomalacie puerpérale. La recherche de la chaux et de l'acide phosphorique dans les urines n'a donné que des résultats très inconstants. De même, l'examen du sang, la recherche des bactéries dans les organes extirpés n'ont donné que des résultats négatifs. Aussi M. Fehling repousse maintenant la doctrine de l'origine infectieuse de l'ostéomalacie, à laquelle il était tenté de se rallier jadis, en raison du caractère endémique qu'offre souvent la maladie. La diminution de l'alcalescence du sang, signalée par Jaksh, a été constatée dans un certain nombre de cas, mais elle faisait défaut dans d'autres. D'ailleurs le degré d'alcalescence du sang ne variait pas sensiblement chez une même femme avant l'opération et après la guérison.

Le seul facteur qui paraît avoir une influence réelle sur l'évolution de l'ostéomalacie, c'est la suppression de l'ovulation. Des femmes qui n'avaient pas conçu depuis des années (4 à 8) continuaient d'être ostéomalaciques, et guérissaient rapidement après avoir subi la castration.

En somme, d'après M. Fehling, pour se faire une idée exacte de la nature de la maladie, il faut tenir compte des considérations suivantes :

1° La maladie subit une aggravation manifeste à l'époque où s'établit la menstruation.

2° Après la castration, on constate une diminution rapide des douleurs ostéomalaciques; les douleurs costales et sternales cessent dès le troisième jour.

3° Les annexes de l'utérus sont, chez les femmes ostéomalaciques, remarquablement riches en vaisseaux veineux et artériels, dilatés comme pendant la gestation. Jusqu'ici l'examen macro et microscopique des ovaires n'a pas fait découvrir d'altérations caractéristiques, ni dans le parenchyme, ni dans le tissu conjonctif, il resterait, il est vrai, à faire l'examen comparatif des ovaires sur des coupes en série.

4° Chez les femmes ostéomalaciques on constate une fécondité exceptionnelle, qui s'est chiffrée par une moyenne de 4, 5, dans les cas observés par l'auteur, par une moyenne de 6, 8 et 8,2, chez les femmes qui ont été traitées par Baumann et par Rosentræger, tandis que les statistiques générales accusent comme taux moyen de fécondité, en Allemagne, le chiffre de 3, 9.

Cet accroissement de fécondité dénote un surcroît d'activité fonctionnelle des ovaires ; même une fois l'ostéomalacie déclarée, on constate encore des grossesses fréquentes.

Toutes ces raisons sont propres à faire supposer que l'essence du processus morbide réside dans une activité fonctionnelle exagérée des ovaires. Nasse a constaté que la section des nerfs sciatiques entraîne une diminution de la substance organique des os. On peut donc se demander si, dans l'ostéomalacie, il n'y aurait pas en cause une excitation réflexe des vasodilateurs des os, ayant son point de départ dans les ovaires. Cette excitation vasomotrice occasionnerait une stase hyperhémique, dans les os. d'où résorption exagérée de la substance osseuse. La castration aurait pour effet immédiat de supprimer cette excitation morbide et le spasme vasculaire consécutif, et alors la nutrition des os rentrerait dans des conditions normales.

En résumé, d'après Fehling, l'ostéomalacie serait une trophonevrose réflexe du système osseux, ayant son point de départ dans les ovaires, et présentant, au point de vue pathogénique, une grande analogie avec le goitre, la maladie de Basedow.

III. — Pour réaliser l'asepsie des pièces de pansement, des instruments, des linges, des vêtements des opérateurs dans les cas de laparotomies. M. Rein préconise l'emploi de la vapeur d'eau comprimée, portée à la température de 110 à 119°. Pour stériliser l'eau, il suffit de la porter à une température de 50 à 75° ; mais il est prudent de filtrer préalablement l'eau, en se servant d'un filtre Chamberland.

Pour stériliser l'atmosphère de la salle d'opération, il faut filter l'air à travers des couches d'ouate contenues dans les canaux qui servent à la ventilation. De plus, les parois de la salle devront être lavées avec une très grande quantité d'eau, projetée sous forte pression et sous forme d'un jet très fin.

Depuis que l'on sait que l'organisme dispose de moyens de défense contre les agents pathogènes immigrés du dehors, on a réduit au strict nécessaire l'emploi des substances antiseptiques, et on ne manie plus ces substances qu'à l'état de solutions très diluées. Pour les laparotomies, M. Rein emploie de préférence des solutions phéniquées à 2 0/0; ces solutions servent à la désinfection des éponges, des instruments, et pour le lavage des mains dans les cas où l'opération est de longue durée.

M. Rein a fait faire des recherches bactériologiques qui démontrent qu'en procédant ainsi qu'il vient d'être dit, on obtient, dans la très grande majorité des cas, l'asepsie complète de tout ce qui vient en contact avec la plaie, l'air excepté. Une fois seulement sur trente, l'air de la salle d'opération ne contenait pas de microbes avant l'opération. Des ensemencements faits avec de l'air, recueilli ce même jour après l'opération, n'ont fait éclore que 2 colonies. Dans tous les autres cas, l'air était relativement chargé en microbes. Néanmoins, dans la très grande majorité des cas, la plaie opératoire était parfaitement stérilisée, soit qu'on se fût bornée à faire de l'asepsie, soit qu'on eût eu recours aux antiseptiques.

D'autre part sur un ensemble de 87 laparotomies pratiquées suivant les principes qui viennent d'être indiqués, 2 seulement se sont terminées par la mort ; dans l'un des cas le dénouement fatal a été amené par une péritonite septique survenue à la suite de l'énucléation très laborieuse d'un kyste intra-ligamenteux. La convalescence a été absolument apyrétique dans 40 0/0 des cas.

L'auteur s'est ensuite attaché à définir le but et la portée de l'asepsie et de l'antisepsie, montrant que celle-ci est présentement un complément indispensable de la première et le sera tant que nous n'aurons pas imaginé des procédés permettant d'obtenir la stérilisation parfaite de tout ce qui vient en contact avec les plaies, l'air compris.

E. Ricklin.

(*A suivre*).

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Sous ce titre : *Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris* (1), M. le Dr Fernand Roux vient de publier un petit volume qui nous paraît destiné à rendre des services. L'auteur a voulu, nous dit-il, fournir rapidement au praticien l'indication du traitement qu'il peut appliquer en toute sécurité dans une circonstance pressante. Il a donc cherché à rendre les recherches

(1) Un volume in-32, cartonné, de 320 pages. Paris, 1890. G. Steinheil, éditeur.

faciles en adoptant l'ordre alphabétique par nom de maladie. Pour donner entière confiance au lecteur, M. Fernand Roux a pris soin d'éliminer de son petit recueil tout traitement qu'il ne pouvait appuyer sur l'autorité d'un professeur à la Faculté ou sur celle d'un médecin des hôpitaux de Paris.

On ne trouvera donc pas ici de discussion motivée des diverses médications préconisées contre telle ou telle affection. Il n'y a que des formules. Parfois on pourrait désirer quelques détails pour aider le praticien dans le choix du premier traitement à appliquer. Ainsi, par exemple, à l'article Lumbago, nous ne trouvons que les lignes suivantes, empruntées à M. C. Paul :

« Ventouses scarifiées. Injections sous-cutanées de morphine. Frictions excitantes. Electricite. Douches. Révulsifs. Bains de vapeur. »

Par contre, les formules magistrales ne manquent pas pour la plupart des maladies aiguës. Il y a même souvent surabondance. Ainsi le traitement de l'eczéma remplit 9 à 10 pages du volume. On y trouve d'abord le traitement général, puis le traitement local de l'eczéma aigu. Viennent ensuite des séries de formules destinées aux diverses localisations de l'eczéma, anus, paupières, face, mains, narines, parties génitales. Enfin l'eczéma chronique la ses formules propres ainsi que l'eczéma de la face chez l'enfant.

Tout en faisant observer avec l'auteur que ce formulaire n'*a absolument rien d'officiel*, il est juste d'en reconnaître l'utilité pratique.

M. Fernand Roux a donc mis à exécution une heureuse idée. Son livre étant portatif et renfermant bien des choses, il est superflu de lui souhaiter le succès.

II.—C'est également une idée excellente qu'a eu M. C. Crinon de publier sous un petit format une *Revue des médicaments nouveaux* (1).

En ce temps de médications nouvelles qui pullulent et se succèdent sans interruption depuis quelques années, en ce temps où l'arsenal thérapeutique est en quelque sorte envahi par une multitude de nouveaux produits que la chimie offre tous les jours plus nombreux aux recherches du physiologiste et aux expérimentations des médecins, ce petit livre vient à son heure.

L'opportunité de cette publication a moins besoin d'être justifiée que l'espèce de fièvre qui sévit presque épidémiquement depuis quelques années sur les praticiens en vue et qui consiste à présenter aux médecins des armes la plupart inconnues, d'autres fois empruntées aux plus anciens pharmacopées, pour combattre des maladies qui, si elles sont mieux étudiées, ne changent guère dans leur essence.

Les nouveaux remèdes sont rangés par ordre alphabétique. Après le nom et la synonymie on nous donne l'origine et parfois le mode de préparation du médicament. On nous en décrit ensuite les propriétés physiques et chimiques, avant d'aborder les applications thérapeutiques. Le mode d'administration et les doses, *la posologie*, terminent chaque article.

Ce petit livre est donc pour le praticien de cette fin de siècle d'une urgente nécessité. Car on y trouve décrites des substances « dont la réputation ne date, pour ainsi dire, que de quelques jours, comme l'aristol, le crésalol, l'orexine, le paracrésotate de soude, le rétinol, la *naregamia alata*, la coccillana, l'hydronaphtol, etc. ».

En général, les doses mentionnées sont celles qui conviennent aux adultes. Mais une note placée à la fin du volume (p. 251) donne les doses maxima des médicaments pour les enfants, les femmes et les vieillards.

Il suffit d'annoncer un travail de ce genre pour que le médecin en comprenne tout l'intérêt.

P. F.

(1) In-32 de 256 pages, relié à l'anglaise. Paris, 1890, Rouff et Cie, éditeurs.

## REVUE DES THÈSES

Les maladies épidémiques dans le Midi. Traitement préventif d'après les travaux les plus récents, par le Dr J.-E. Vivant. — Paris, Oct. Doin édit., 1890.

Cet ouvrage constitue une sorte de résumé sur la contagion des maladies épidémiques. Des renseignements curieux sont donnés sur l'hygiène publique dans les pays étrangers. L'auteur insiste sur la nécessité de l'isolement et la désinfection. En somme, aucun fait nouveau n'est signalé dans cette œuvre de vulgarisation. Notre travail, dit l'auteur, s'adresse surtout aux médecins et aux municipalités. Si les municipalités s'occupaient un peu moins de politique et un peu plus d'hygiène, nous ne doutons pas qu'elles ne tireraient profit pour la santé de leurs administrés de la lecture de ces pages inspirées du meilleur esprit.

De la tuberculose chez les ouvriers en soie, par le Dr Pierre Givre. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Les ouvriers en soie qui habitent Lyon sont fréquemment atteints de tuberculose, moins souvent toutefois que les représentants d'autres métiers, tels que les tailleurs, tailleuses, teinturiers et cordonniers.

Les femmes paient à la tuberculose un tribut plus élevé que les hommes et tiennent cette triste prérogative des conditions hygiéniques désastreuses dans lesquelles elles vivent. Elles travaillent dans de petits ateliers mal aménagés, confinés, se nourrissent mal, sont entassées les unes sur les autres.

La tuberculose des ouvriers en soie ne présente pas de formes cliniques spéciales. Les formes granulique et bronchopneumonique sont fréquentes.

Au point de vue prophylactique, l'hygiène de l'ouvrier, soit chez lui, soit à l'atelier, sera l'objet d'une surveillance attentive. On s'occupera de l'aération, de la nourriture et de la durée du travail. Des précautions seront prises contre les possibilités de contagion de la part des sujets tuberculeux (désinfection des crachats, lits séparés, désinfection des objets de literie et d'habillement).

Dans les campagnes environnant Lyon, les ouvriers en soie sont nombreux. Les métiers à tisser occupent une partie de la chambre à coucher. Nous n'avons pas été frappé par la fréquence de la tuberculose chez ces ouvriers des campagnes. Les ouvriers sont plutôt chlorotiques et abandonnent souvent, sur nos conseils, le tissage de la soie pour les travaux extérieurs des champs.

Le mémoire de M. Givre basé sur de nombreuses statistiques, est tout à fait remarquable et mérite d'être lu par tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène professionnelle.

## NOTES ET INFORMATIONS

Assistance publique. — *Hôpitaux de Paris*. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques (saison d'hiver) commenceront le lundi 13 octobre.

FACULTES DE MÉDECINE. — *Bourses de doctorat.* — Par arrêté ministériel en date du 16 septembre, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine le lundi 27 octobre. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

CHOLÉRA. — D'après des nouvelles venues de Russie, le choléra se serait déclaré à Vladivostok, port de mer de la province maritime de la Sibérie situé en face du Japon, d'où l'épidémie a été, dit-on, importée.

— Le gouvernement tunisien a décidé que les provenances d'Egypte et d'Asie-Mineure seraient soumises à une quarantaine de huit jours, à leur entrée en Tunisie.

— Le gouvernement russe a décidé de refuser des passeports aux habitants du Caucase qui voudraient aller en pèlerinage dans les régions de la Turquie et de la Perse qui sont infestées par le choléra.

## NOUVELLES

*Certificats soumis au timbre et certificats exempts du timbre.* — Le directeur de l'Enregistrement, questionné par l'Association des médecins de la Loire-Inférieure, a donné sa réponse au point de vue des certificats soumis au timbre. — Voici la liste qu'il a communiquée.

*Certificats soumis au timbre* : — aux nourrices pour obtenir un nourrisson (exempt seulement s'il est délivré aux nourrices destinées aux enfants assistés). (Rép. gén., 3,578); — pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile); — de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie; — de maladie ou d'infirmités pour la revision; — de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de revision; — pour prolongation de congé de convalescence (civil ou militaire); — pour militaires ou ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eau thermale; — pour obtenir une retraite; — pour admission dans les écoles ou administrations; — pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence); — de maladies pour dispense d'arbitrage, de juré, de témoignage; — pour veuves d'employés à l'effet d'obtenir une pension, un secours, etc.

*Certificats exempts du timbre* : — de vaccine; — de naissance ou de décès; — délivrés par les médecins délégués et assermentés, (Art. 300); — pour gens de guerre pendant la durée de leur service; — rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (Décision min. du 10 mai 1874); — pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, sur réquisition de l'autorité : pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse : — d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence; — constatant la maladie de membres de Sociétés de secours mutuels. (Décis. du 29 janvier 1874. — Rép. f. 4988.); — pour justifier l'absence des enfants malades à l'école. (Décis. min. du 23 janvier 1883, 22,165 I. E.); — délivrés aux nourrices, conformément à la loi du 22 décembre 1874 (protection des enfants du premier âge) et au règlement d'administration publique du 27 février 1877, pour constater les aptitudes physiques des nourrices. (Décis. min. du 9 mai 1885. — Rép. per. n° 6969 ; — constatant la vaccination des enfants des écoles primaires. (Décis. min. du 23 avril 1889. — Rép 7240.)

*Nécrologie*. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. Ernest Hardy, chef des travaux chimiques de l'Académie, décédé subitement en province à l'âge de 63 ans. Auteur de travaux importants et originaux sur le *jaborandi* et la *pilocarpine*, alcaloïde qu'il a extrait le premier de cette plante exotique, sur le *strophantus hispidus* ou inée, M. Hardy a aussi signalé en collaboration avec M. Gallois, un autre alcaloïde l'*anagyrine*, extrait des graines d'*anagyris fœtida*. Il est l'auteur d'un ouvrage intitulé : *Principes de chimie biologique*, publié en 1871. M. Hardy, reçu docteur en médecine en 1859, était chef-adjoint du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, depuis 1873, et chef des travaux chimiques de l'Académie depuis 1878. Il avait été nommé récemment membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. En rapports journaliers avec les chefs de service des grands hôpitaux de Paris, et associé à leurs travaux, sa mort inattendue laissera de nombreux regrets qui pourront atténuer, nous l'espérons, la grande douleur de la compagne sympathique qu'il s'était choisie, et de sa famille en deuil.

Dr A. D.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

### Relation d'une épidémie de mal de Bright aigu.

Par le Dr Ch. Fiessinger, d'Oyonnax (Ain).

Depuis quelque temps, notre attention est sollicitée par l'apparition simultanée de néphrites fréquentes dans les villages environnant Oyonnax. De novembre 1889 à janvier 1890, 4 néphrites aiguës éclatent chez des habitants de Géovresset, village d'une centaine d'habitants. Trois femmes de 42, 48 et 52 ans, un homme de 56 ans, s'alitent successivement et présentent des accidents urémiques plus ou moins marqués.

Nous croyons utile d'ajouter qu'aucun cas de scarlatine n'était signalé dans le village, et que l'épidémie de grippe européenne n'y avait pas encore pénétré.

Mais jamais la tendance des néphrites à affecter une forme épidémique ne s'est manifestée d'une façon plus frappante que dans le village de Martignat, situé à 7 kilomètres d'Oyonnax, et possédant environ une population de 550 habitants agglomérés.

Du milieu de février 1890 au milieu d'avril, 14 malades ont présenté la triade symptomatique affectée au mal de Bright : albuminurie et hydropisie ou œdème, coexistant avec une lésion rénale. La marche de la maladie a été rapide, d'où le nom de *mal de Bright aigu* que nous lui assignons.

La grippe venait de passer sur Martignat, telle que nous l'avons connue cet hiver dans toute l'Europe. Aucune autre maladie n'y régnait.

De fièvres scarlatines, il ne s'en était pas produit un cas de tout l'hiver et du printemps. Nous avons interrogé à ce sujet notre confrère, M. Clerc, médecin de la société de secours mutuels de Martignat. Il n'avait pas vu de scarlatines.

Nous-même, après une enquête complète sur les lieux, sommes arrivé au même résultat négatif.

A un moment donné, on nous avait signalé un garçon de 10 ans, comme atteint d'une fièvre éruptive. Nous nous rendons chez Mme J..., mère de l'enfant, et obtenons les renseignements suivants : en janvier, l'enfant a, en effet, eu une maladie fébrile, avec éruption. Mais l'éruption, sous forme de boutons, a commencé par la figure pour s'étendre ensuite sur le corps. L'enfant n'a pas souffert de la gorge, mais ses yeux étaient rouges et une toux légère s'est prolongée pendant quelques jours. L'éruption a duré trois jours, après quoi, l'appétit est revenu rapidement.

Nous ne croyons pas, avec la meilleure volonté du monde, que cette description puisse faire admettre une fièvre scarlatine.

Le début de l'éruption au visage, la forme même de l'éruption disséminée par petits boutons, l'absence d'angine, la durée très courte du mal, tout cela peut faire pencher l'esprit vers une rougeole ou une roséole, mais jamais vers une scarlatine.

Il reste donc parfaitement avéré qu'aucun cas de scarlatine ne s'est déclaré à Martignat (1), ni avant, ni pendant, ni même dans les semaines qui ont suivi l'épidémie du mal de Bright.

La première néphrite s'est montrée le 14 février, chez une femme de 46 ans, qui n'était pas sortie de son village, n'avait pas reçu de visite étrangère et n'avait vu aucun malade. La seconde a frappé, dans une maison vis-à-vis la première malade, une jeune fille de 17 ans, laquelle n'avait pas rendu visite à la précédente. La troisième néphrite a atteint une jeune fille de 15 ans qui n'avait nullement été en rapport avec les deux premières.

C'est là un phénomène frappant que cette absence de contact entre les premiers malades.

Plus tard, des jeunes gens du même âge ayant été atteints, il est naturel que, dans un village où tout le monde se connaît, ce contact se soit opéré.

Il n'en est pas moins vrai qu'au début, il n'a pas existé.

Des personnes de tout âge ont été atteintes par le mal de Bright aigu.

| | | |
|---|---|---|
| Nous comptons : | 1 garçon de 16 ans, | 1 fillette de 3 ans 1/2. |
| | 3 — de 18 ans, | 1 fille de 14 ans. |
| | 2 — de 21 ans, | 1 — de 15 ans. |
| | 1 homme de 56 ans, | 1 — de 17 ans. |
| | | 1 — de 24 ans. |
| | | 1 femme de 32 ans. |
| | | 1 — de 46 ans. |

Total : 7 garçons ou hommes; 7 filles ou femmes.

Quelques-uns d'entre eux avaient pris la grippe dans les semaines précédentes (obs. I, II, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XII); d'autres avaient vu leur néphrite précédée par une angine légère, qui évoluait de cinq à quinze jours avant l'apparition du mal de Bright (obs. I, V, XI, XII, XIV); d'autres, enfin, n'avaient contracté ni grippe ni angine (obs. III) et un refroidissement pouvait seul être invoqué, comme circonstance étiologique (obs. III). Il s'en trouve qui avaient successivement été atteints de grippe et d'angine (obs. I, XII), ou qui s'étaient exposés à un refroidissement après la guérison de la grippe (obs. II).

Deux fois, plusieurs malades ont été alités dans la même maison. Ainsi, la sœur de 17 ans présente une néphrite hémor-

(1) Dans des villages éloignés de plusieurs kilomètres, nous en avons soigné quelques cas.

rhagique depuis quatre jours (obs. II), quand le frère, fort gaillard de 21 ans, nous consulte pour une angine d'apparence bénigne, suivie d'albuminurie légère et d'une bouffissure de la face peu prononcée; et fait curieux, tandis que chez la sœur, les accidents rénaux dominent à tel point la scène qu'ils entraînent la mort, chez le frère, au contraire, le rein reste peu affecté, et il se produit chez lui, une parotidite suppurée (obs. XIV).

Le second cas, où la présence de deux malades est signalée dans un même logement, a trait à une femme de 46 ans (obs. I) qui, une fois guérie, reçoit chez elle sa jeune fille. Cette dernière, âgée de 24 ans, vient de Lyon. Elle tombe malade le 3 avril, une quinzaine après son arrivée à Martignat, et cinq semaines après la guérison de la mère (obs. XII).

Ces deux faits où le mal de Bright s'attaque à plusieurs sujets dans un même local, semblent indiquer que la question de contagion doit être mise en jeu.

Malgré que la contagion n'ait pu être établie entre les premiers malades, il n'en demeure pas moins possible qu'elle se soit opérée plus tard.

Dans la grippe et la pneumonie, nous avons bien des exemples où l'infection d'abord développée spontanément, se transmet par contagion ensuite.

Il en est de même, peut-être, de notre mal de Bright aigu.

Hors une jeune fille de 17 ans, qui a succombé au milieu d'accidents typhoïdiques en tout semblables à ceux qui accompagnent la néphrite bactérienne primitive (1) (obs. II), tous les malades ont guéri, dans un laps de temps variant entre quelques jours et trois semaines (quelques jours, obs. VII, VIII, X; 9 jours, obs. IX; 8 jours, obs. IV; 10 jours, obs. I, XIII; 14 jours, obs. III; 15 jours, obs. XI, XII; 20 jours, obs. V, VI, XIV).

Les symptômes présentés ont été fort variables, tous les intermédiaires entre les formes les plus bénignes et les plus graves ayant pris corps.

Certains malades n'ont pas eu de fièvre (obs. I, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XII), d'autres ont fait monter le thermomètre à 40° (obs. XIV) et 41° (obs. II); fréquemment la température s'est maintenue aux environs de 38 1/2 ou 39° (obs. III, V, XI, XIII).

L'œdème de la face s'est montré constant. Pendant que sévissait l'épidémie, M. Clerc l'a même noté chez des personnes dont les urines étaient dépourvues de toute trace d'albumine. Pour notre part l'existence de cet œdème nous a surpris alors qu'il coïncidait avec des urines à peine albumineuses (obs. IV, VII, VIII, IX, X).

L'œdème des membres a accompagné la bouffissure de la face chez six malades (obs. I, II, III, IV, V, IX).

Les urines sont rares, albumineuses et renferment des cylindres granuleux, hyalins, épithéliaux. La quantité d'albumine varie depuis de simples traces jusqu'à de fortes quantités (obs. II, 9 gr.). La néphrite a revêtu, dans deux cas, un caractère hémorrhagique (obs. II, XI). Les urines recueillies d'une façon qui n'a pas été absolument aseptique, les pipettes et tubes stérilisés ne nous étant pas parvenus en temps opportun, sont peuplées de microbes et de bacilles.

Sur les conseils de M. le professeur Lépine, des urines et de l'eau de Martignat ont été adressées au chef du laboratoire de clinique médicale, de Lyon, M. G. Roux. Ce dernier, que nous remercions vivement de son obligeance, a bien voulu nous envoyer la note suivante :

« Il existe dans les urines et dans l'eau, un très grand nombre de microbes développés sans doute accidentellement, cocci et bacilles. Mon attention s'est portée plus spécialement sur des colonies qui, sur gélatine peptone, avaient assez l'aspect de celles de bacille typhique; mais j'ai pu m'assurer par l'étude attentive de la morphologie des bacilles qui les constituent et par les cultures sur milieux variés, qu'il ne s'agissait pas vraiment du bacille d'Eberth. De plus, les bacilles inoculés dans le sang des lapins n'ont pas déterminé d'accidents. »

Les cultures microbiennes n'ont donc pas donné de résultat positif (1).

En général, les symptômes présentés par nos malades, n'ont pas grand intérêt clinique.

Aucun d'eux n'a offert d'éruption quelconque sur le corps.

Les maux de tête plus ou moins violents (obs. I, II, III, XI, XII), les douleurs au creux épigastrique (obs. II, III), dans les côtés (obs, VII, VIII, XIII), dans le ventre (obs. IV, VI) ont été notés dans des proportions diverses. Une mention spéciale doit être accordée à l'absence des douleurs dans le rein. Ces dernières n'ont été ressenties que par deux malades (obs. II, XIII).

La diarrhée (obs. III, XI), les vomissements (obs. I, II, III, XI, XII) surviennent, ces derniers pouvant constituer un phénomène de début (obs. II, III). Le ventre se ballonne dans les cas graves (obs. II, XI).

L'oppression est plus ou moins accusée (obs. I, II, III, XII, XIII), et peut se montrer comme conséquence d'un écart de régime (obs. V). C'est également par suite d'une alimentation prématurée qu'un accès d'urémie convulsive s'est manifesté chez un jeune homme de 16 ans (obs. VI).

Des épistaxis apparaissent aussi bien dans les cas graves que dans ceux qui restent bénins (obs. II, III, VI, IX).

Si la plupart des malades sont restés dans le cadre de la description classique, il en est deux qui s'en sont écartés largement.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une jeune fille de 17 ans, (obs. II). Après un début qui, faisant suite à un refroidissement, a consisté en vomissements, céphalalgie, douleurs au creux épigastrique, la face devient bouffie et les urines sont rares, chargées de sang. Bientôt l'œdème se généralise, l'oppression apparaît, la température d'abord à 39 1/2, s'élève de plus en plus, atteint 40° et 41°, 4. La malade délire, a des sueurs, le ventre se ballonne, les reins sont douloureux, des douleurs passagères sont ressenties à la miction, la rate est très hypertrophiée (matité de 10 centim. à la percussion). Les selles sont fétides ; leur couleur d'abord jaune, au bout de quelque temps, devient absolument rose.

La jeune fille succombe dans la torpeur le onzième jour.

Or, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, cette jeune fille résume la description de la néphrite bactérienne primitive, telle qu'elle a été donnée par G. Perret, dans le *Lyon médical*, en 1888. Dans ce mémoire étaient rapportées les observations antérieures de Bamberger, Aufrecht, Litten, Babés, et l'auteur y ajoutait une observation personnelle.

— Chez tous ces malades, dont parle Perret, la température était élevée et les vomissements étaient constants. Le foie et la rate étaient fréquemment augmentés de volume. On observait de la céphalalgie, de l'agitation, du délire, de la stupeur. Les urines étaient rares, d'aspect rouge sale et l'examen microscopique y décélait la présence de globules rouges et

(1) Néphrite bactérienne primitive, par M. Perret, *Lyon médical*, 4 et 18 nov. 1888.

(1) Wissokowitsch et Berlioz sont arrivés par l'expérimentation et par l'examen des urines à ce résultat que la sortie des bactéries avec les urines était rare dans le cours des maladies infectieuses (cité par Cornil et Babès, les Bactéries, 3e édit. 1890, T. I, p. 528.

blancs, de cylindres hyalins, granulo-graisseux et de nombreux microorganismes. La terminaison fatale était à peu près la règle.

Le second malade sur lequel nous désirons attirer l'attention est justement le frère de cette jeune fille (obs. XIV), dont nous avons également déjà parlé. Agé de 21 ans, il tombe malade quatre jours après sa sœur, et souffre d'une légère angine. Les jours suivants la face eufle et les urines contiennent des traces d'albumine. En même temps, une tuméfaction se produit derrière la branche montante du maxillaire inférieur, du côté gauche, au niveau de la parotide, et il se forme une parotidite suppurée que nous incisons au bistouri, 15 jours après le début de l'angine.

Alors que la parotidite suppurée est l'apanage des maladies infectieuses graves, n'est-il pas étrange de la constater comme conséquence d'une angine simple, d'apparence bénigne ?

N'est-il pas curieux de trouver chez la sœur une inflammation rénale fort grave, et chez le frère, cette inflammation réduite à un minimum d'intensité, comme si, chez ce dernier, les germes pathogènes, au lieu d'encombrer le rein, se fussent de préférence portés sur la parotide ?

Le traitement ne prête pas à des constatations originales. Tous les malades ont été soumis au régime lacté.

Les ventouses sèches, les inhalations d'oxygène ont donné de bons résultats (obs. I, II, XII); ces dernières ont arrêté immédiatement les vomissements (obs. XII) chez une jeune fille.

Des sangsues ont été appliquées à une ou plusieurs reprises sur la région rénale et des lavements de 250 gr. d'eau ont été administrés toutes les quatre heures, après un lavement laxatif, suivant la méthode du professeur Renaut (1) (obs. I, II, III), ces lavements ayant pour but d'élever la pression vasculaire, de favoriser la diurèse, et d'opérer le lavage des tissus imprégnés de matériaux toxiques.

Les bains tièdes nous semblaient indiqués pour combattre les accidents nerveux chez notre malade II. Mais la malade a succombé avant l'application du premier.

Une question importante s'impose maintenant : Quelle était la cause de cette maladie à symptômes de mal de Bright aigu?

— Nous avons vu que la majorité des personnes venaient de passer par la grippe, quelques semaines avant de prendre leur néphrite. Mais la grippe a frappé bien d'autre monde et le mal de Bright épidémique ne lui a pas fait suite. De plus, la néphrite, chez une de nos malades est apparue sans grippe antérieure. Au village de Géovresset, dont nous avons parlé dans les premières lignes de ce mémoire, 4 néphrites aiguës se sont succédées à un intervalle de quelques semaines, et cela, avant le signalement de la grippe.

Nous en conclurons que la grippe n'offre pas de rapports étiologiques directs avec l'épidémie de mal de Bright actuelle.

Une angine, chez quelques malades, a précédé de 5 à 15 jours, le début de la néphrite ; mais cette angine a fait défaut chez d'autres qui ont commencé à enfler, soit après un refroidissement, soit sans qu'aucune circonstance étiologique n'ait pu rendre compte de leur bouffissure.

Que la desquamation épithéliale dans l'angine ait ouvert la porte au germe morbide, nous l'admettons volontiers. Mais il ne faut pas oublier que, à l'état normal, les épithéliums de revêtement des muqueuses digestives et respiratoires sont interrompus par une multitude d'orifices microscopiques produits par le cheminement de globules blancs de la lymphe et qu'à la faveur de ces orifices temporaires, des microorganismes peuvent envahir les tissus (Renaut).

(1) Renaut. Sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse. *Gaz. méd.* Paris, 8 février 1890, p. 63.

*(A suivre).*

## CHIRURGIE

### HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CORPS FIBREUX.

Par le Dr MARTEL,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

*(Suite et fin).* (1).

*Examen de la pièce.* — La tumeur examinée après plusieurs jours de macération dans l'alcool pèse environ 400 grammes. Elle a environ 7,5 centim. de diamètre et 13 à 14 de longueur, sans compter la partie libre du col, environ 5 centim. déformée et allongée par les tractions.

Sa forme est cylindroïde. La moitié inférieure très irrégulière, formée par la réunion de nombreux myomes de volume très inégal mais intimement unis, contient l'utérus étroit et ratatiné, qui se perd dans la masse dont il ne constitue qu'une partie insignifiante. Sa cavité, un peu élargie, mesure environ 10 centimètres. Aucune tumeur ne tend à l'envahir. Tous les myômes sont développés vers le péritoine ou le tissu cellulaire libre, et presque dégagés de la paroi musculaire, sauf celui qui forme la bosselure de droite. La plus grosse masse du groupe, en arrière, est ramollie et en état de désintégration granulo-graisseuse.

La moitié supérieure unie au reste par un mince prolongement, par des adhérences celluleuses lâches, et par le revêtement péritonéal, aurait pu être pédiculisée. Elle est formée presque exclusivement par un seul myôme a tissu succulent, qui paraît en voie d'accroissement rapide. Sa surface libre est d'un rouge vif, qui après plusieurs semaines de macération, tranche encore avec la coloration pâle de la séreuse qui tapisse la face postéro-inférieure. Il y a de plus, en haut et en avant, deux débris d'adhérences déjà organisées; ce qui constitue des vestiges évidents de péritonite subaiguë localisée à cette partie mobile de la masse.

Le péritoine, divisé assez régulièrement, présente sur la face antérieure, un large lambeau adhérent en haut. On peut conclure de cette disposition que les premières manœuvres l'avaient décollé sans pouvoir le rompre, avant l'introduction complète de la main.

Pas de vestiges reconnaissables des trompes, qui, pas plus que les ovaires, n'ont été aperçues pendant l'opération.

Cette opération à été pratiquée dans des conditions de précocité et de simplicité exceptionnelles qui ajoutent à son intérêt, comme elles ont facilité le succès. Il est bien rare, dans nos provinces, qu'une opération grave soit acceptée sans qu'il y ait menace de mort prochaine. Les souffrances même n'y suffisent pas d'ordinaire. Encore, ici, étaient-elles très relatives, puisque le travail prolongé seul était devenu impossible. Aussi, ai-je voulu couvrir ma responsabilité par une autorité indiscutable, bien que mon intervention me parût justifiée. Un refus aurait jeté dans le désespoir cette pauvre femme, si courageuse devant le danger, mais non devant l'infirmité douloureuse et la misère certaine, et qui, amenée par cette idée

(1) Voir les numéros 37 et 33.

fixe aux confins de l'aliénation, supportait avec peine les délais inévitables.

Je suis de plus en plus persuadé que les progrès du mal n'auraient pas été enrayés par la ménopause définitive, car, déjà, l'utérus était atrophié. Les règles, trop rapprochées, mais insignifiantes, n'avaient plus aucune action appréciable, et cette persistance de l'écoulement sanguin n'était qu'un reste d'habitude de la muqueuse utérine, comme on en rencontre après l'extirpation complète des ovaires, ce que ne peuvent nier les partisans les plus convaincus de la doctrine de Négrier. Le sursis proposé n'aurait eu aucune utilité, et le néoplasme eût continué de végéter et de s'accroître *motu proprio*.

A plus forte raison, il ne pouvait être question de la castration ovarienne.

Les douleurs causées par cette tumeur mobile s'expliquent tout naturellement par les traces de péritonite et les adhérences constatées à sa surface, cette péritonite s'était étendue aux surfaces en contact, comme il appert de la persistance lentement décroissante, après l'extirpation, de la sensibilité de la région qu'elle occupait. C'est donc une confirmation des idées exposées par M. Terrillon devant la Société de chirurgie (6 février 1889). Ici, la tumeur n'était pas lobulée, il n'y avait pas de phénomènes gastriques, et le repos ne calmait pas les douleurs, mais l'activité exagérée de la malade expliquait l'intensité relative de la phlogose et la continuité de celles-ci.

L'extirpation partielle par voie abdominale eût procuré un soulagement immédiat, mais non une guérison durable, à cause des nombreux myômes abandonnés dans le petit bassin.

Conformément aux préceptes formulés plus haut, j'ai adopté l'hystérectomie complète par le vagin, comme la méthode à la fois la plus sûre et la moins dangereuse, le volume et la mobilité de la tumeur me garantissant la possibilité de l'extraction par cette voie.

Dans l'énoncé des symptômes, j'ai noté l'absence de toute réaction du côté de l'utérus, douleurs expulsives ou hémorrhagies, sauf le léger suintement dont l'enlèvement du petit polype a fait justice. J'ai donc pu conclure à l'absence de tumeur plus ou moins saillante dans la cavité, et me résigner plus facilement à l'abstention forcée de toute exploration directe de celle-ci. Ce diagnostic négatif n'est pas absolu, et il n'est pas très rare de rencontrer des polypes fibreux déjà volumineux au moment où ils se trahissent pour la première fois par leurs symptômes ordinaires. Je me permettrai d'intercaler dans ce travail l'exposé succinct d'un fait de ce genre, intéressant à plusieurs points de vue, bien qu'il se rattache à une méthode opératoire différente.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, appartenant à ce même canton de Pleurtuit, qui me paraît particulièrement fertile en fibromes, n'ayant jamais eu ni enfant ni fausse couche et très bien portante jusque-là. Elle ne peut se rappeler, sur nos interrogatoires, qu'une légère augmentation des règles, à laquelle elle n'avait attaché aucune importance.

Dans les derniers jours de juin 1887, elle est prise subitement d'une perte abondante qui ne peut être arrêtée. Au bout de huit jours seulement, son médecin, M. Nicolas, obtient de pratiquer le toucher, et constatant un polype m'appelle d'urgence pour l'enlever.

Je trouvai la malade exsangue, dans un état demi-syncopal, presque insensible; je n'osai pratiquer l'anesthésie, mais les douleurs furent à peine perçues.

Le col, effacé et dilaté, permet de toucher une masse dure et arrondie, qui remplit complètement l'utérus uniformément et notablement augmenté de volume. L'écoulement sanguin est peu abondant, mais continu et à peine coloré. Après de vaines tentatives pour amener le polype au dehors, ou introduire une anse d'écraseur, je pratique de chaque côté l'incision du col jusqu'aux insertions du vagin. Je ne puis encore arriver jusqu'à l'insertion de la tumeur, qui est évidemment sessile et trop grosse pour passer par l'orifice, même élargi, du col. Je l'incise transversalement à petits coups de ciseaux, le plus haut possible, de manière, non à la diviser complètement, mais seulement à lui permettre de s'effiler et de s'allonger sous une forte traction. Effectivement, elle sort peu à peu de la cavité, suivie par le fond de l'utérus, et bientôt, subitement, elle nous apparait tout entière, avec inversion complète de l'organe, à l'extrême fond duquel elle s'insère sans pédicule, sur une surface de 3 centimètres environ de diamètre. En quelques coups de ciseaux mousse j'en opère la séparation, disséquant sur le polype, et sans aucune crainte de léser la paroi (poids : 380 grammes). Pas de sang, lavage antiseptique, réduction facile de l'inversion. Faiblesse extrême, mais, avec des soins appropriés, remontement rapide et prompte guérison, que je pus constater six semaines plus tard dans mon cabinet, et qui ne s'est pas démentie. J'avais pu m'assurer qu'il n'y avait aucun autre fibrome.

Ce fait rentre dans l'hystérotomie vaginale, avec morcellement un peu spécial. L'inversion a été un accessoire imprévu, car je ne cherchais qu'un abaissement partiel, mais elle a été exécutée par d'autres, de propos délibéré et avec succès. (V. *Progrès médical* 19 nov. 1887, et *Bulletin de thérapeutique*, 30 mai 1888, p. 470.) Cette pratique a de grands avantages, et n'offre pas ici les dangers qu'explique après l'accouchement l'état anatomique de la matrice. Je ne comprends donc pas bien les précautions minutieuses que prend M. Péan pour l'éviter, dans des cas analogues. (*Gazette des hôpitaux*. Du morcellement, 1889).

Je citerai comme particulièrement curieuse une observation de Mikulicz, qui en profita pour enlever, par une hystérectomie partielle, pratiquée par la face interne renversée, un second fibrome sous-péritonéal. (V. Thèse de Gavilan et *Revue de chirurgie*, 1884, p. 315.)

Les procédés usuels d'hystérectomie vaginale visent à opérer à ciel ouvert, ou au moins sous les yeux du chirurgien. Mais il est parfois impossible de porter l'abaissement assez loin pour rendre les culs-de-sac péritonéaux et la partie supérieure du ligament large accessibles à l'œil ou même au doigt. Le crochet mousse de M. Quénu, la pince à mécanisme ingénieux de M. Terrier, etc., peuvent y obvier, mais on opère toujours de bas en haut, *à bout d'instruments*. (Voyez Thèse de Gavilan, p. 63.)

Il semble ressortir implicitement des descriptions que le point principal est de ménager le péritoine, autant que possible, et nulle part il n'est question de l'introduction franche de la main dans sa cavité.

On sait actuellement combien la grande séreuse est tolérante, insensible aux *insultes*. Elle est devenue quantité négligeable pour qui se conforme strictement aux exigences de l'antisepsie, ou mieux de l'asepsie. (Voir en particulier l'observation remarquable et toute récente de M. Thévard, de Louvigny. Séance de l'Académie de médecine, du 10 juin 1890.) Si louable donc que soit cette réserve dans les délabrements internes, elle ne vaut pas qu'on lui sacrifie les avantages de la rapidité et de la sécurité.

Acculé à des difficultés que la fatigue allait rendre insurmontables, j'ai abandonné, trop tard déjà, les errements de mes prédécesseurs, et me suis rejeté sur une manière d'agir notablement différente, l'extirpation sans abaissement et sans

morcellement préalables. Cette méthode, si j'ose employer ce mot, peut s'appliquer à une catégorie déterminée de tumeurs fibreuses et me paraît susceptible d'un manuel opératoire assez précis.

Comme elle exige l'introduction de la main au-dessus de l'utérus, il faut que la masse morbide laisse un passage suffisant, par son volume modéré, ou par sa mobilité qui permette de la refouler vers une région plus large.

Inutile dans les cas où le procédé de Récamier trouve son application régulière, elle pourra être utilisée pour l'extirpation même de la matrice cancéreuse, quand celle-ci est réfractaire à l'abaissement; elle eût singulièrement facilité la tâche dans l'opération si pénible rapportée par MM. Duplouy et Bodet. (Congrès français de chirurgie, 1886.)

Lorsque la tumeur remplit complètement la cavité pelvienne et ne peut être refoulée dans le ventre, ni abaissée, l'extirpation vaginale exige le morcellement préalable et souvent rentre dans ces opérations excessives dont j'ai parlé plus haut. Il faut alors, de préférence, recourir à la section abdominale ou aux traitements palliatifs.

Donc, comme indications du procédé : impossibilité de l'abaissement, possibilité de l'introduction complète de la main, c'est-à-dire tumeurs de moyen volume.

Supposons donc l'opération commencée à la manière ordinaire, les insertions vaginales sont incisées, le col dégagé en partie, mais les culs-de-sac vaginaux ne peuvent être ouverts.

Le manuel opératoire va se rapprocher des agissements de l'obstétrique.

L'utérus, abandonné à lui-même, reprend sa situation primitive.

La main introduite franchement dans le vagin, le pouce en avant, les autres doigts à plat en arrière, saisit le col, remonte en suivant ainsi les deux faces de la matrice, prolonge, aussi haut que possible, la séparation de la vessie et du rectum, constate avec précision la disposition des parties, quel est le côté le moins encombré, par où l'attaque sera plus avantageuse.

La main gauche opérant à droite (ou réciproquement), sa face dorsale est tournée en dehors et refoule latéralement les tissus; les doigts suivent, en s'élevant, les bords du col, puis du corps, perforent le péritoine en avant et en arrière, complètent le dégagement du ligament large, et viennent se croiser au-dessus de lui. Guidée sur eux, la pince spéciale est introduite régulièrement; le pincement et la section s'opèrent avec la plus grande facilité.

Le fond de la matrice (ou de la tumeur) est embrassé par la main, qui l'abaisse, le fait basculer légèrement, et se porte doucement du côté opposé, achevant dans cette direction la déchirure du péritoine; arrivée au niveau du deuxième ligament large, elle le saisit de haut en bas. Il est alors pincé et coupé comme le premier, plus facilement encore.

L'utérus, complètement libéré, est attiré au dehors, en entier ou après morcellement.

Rien de particulier pour le pansement et les soins consécutifs.

Je reviens sur quelques points dont les détails échappent à une rapide description.

Les voies génitales seront souvent étroites et résistantes. Une fois sur trois, en moyenne, les opérées n'ont jamais eu d'enfants; presque toujours, elles n'en ont pas eu depuis longtemps, et avec l'âge les tissus ont perdu leur élasticité. Il faudra donc procéder à la dilatation préalable. Le meilleur dilatateur est la main, disposée en cône par le rapprochement des doigts, et introduite en mouvements de vrille. Mais elle peut manquer de puissance. A défaut d'instrument spécial, et même par choix, je conseille la double incision latérale avec les ciseaux mousses, portant un peu au-dessous de la partie moyenne des grandes lèvres, et remontant sur le vagin.

Superficielle, elle sera très bien complétée par la pression de dedans en dehors, exercée par l'introduction plus ou moins forcée de la main, et prolongée dans une direction convenable par une sorte d'éclatement méthodique et tout à fait inoffensif.

Le choix de la main a encore plus d'importance que dans la version: la gauche devra agir à droite, et *vice versâ*. Si on peut, à l'avance, reconnaître le point abordable, la main appropriée, introduite tout d'abord, restera en place jusqu'à la fin de l'opération.

Si les deux côtés présentent des avantages sensiblement égaux, la main gauche sera employée de préférence, les pinces étant plus facilement manœuvrées de la droite. Celle-ci, au contraire, sera choisie tout d'abord si la dilatation exige un certain effort, puis le changement sera opéré selon le besoin.

Le décollement et la déchirure des tissus saisis à pleins doigts m'ont été très faciles, la séreuse ne pouvant plus glisser et fuir sous la pression. En cas de résistance, un instrument mousse, la pince à ligament large, fermée, la vaincra aisément et pratiquera au point voulu, sous la protection de la main, une boutonnière qui sera complétée par les doigts. Cette pince, légèrement dégagée, sera ouverte, et ses deux branches embrasseront le ligament, sans qu'il soit besoin d'aucun artifice pour assurer la correction de la prise.

Ces manœuvres intérieures seront plus ou moins compliquées et gênées, selon le degré de déformation et de dissociation des ligaments, l'extension et l'irrégularité des tumeurs. Il faudra peut-être placer plusieurs pinces, sectionner à plusieurs reprises, mais ce travail est relativement facile sous la direction sûre et précise de la main.

Les pinces, confiées aux aides, seront maintenues avec soin. Nous avons vu comment elles peuvent être arrachées par le retrait de la main et l'extraction de la tumeur; le degré notable de fatigue auquel nous étions tous arrivés, a été le facteur principal de cet accident, facile à réparer dans une cavité largement béante.

En général, il vaudra mieux extraire la masse morbide en bloc, même au prix d'une distension qui restera toujours, dans les cas dont nous parlons, bien en-deçà des limites de l'accouchement. Sauf l'emploi de crochets aigus et partant dangereux, j'approuve, contrairement à M. Gavilan, la manière de procéder de Kottman, que, sur ce point, j'ai imitée sans le savoir. Si la disproportion est trop marquée, et que, cependant, on ait pu libérer l'utérus sur place et sans morcellement préalable, celui-ci pourra être exécuté dans des conditions avantageuses, la tumeur étant isolée, mobile, et en même temps facile à saisir.

Rien à ajouter sur l'hémostase, dont j'ai raconté les péripéties. Le rôle de la forcipressure préventive et définitive y témoigne une fois de plus, s'il en était besoin, de ses avantages et de son innocuité.

Le prolapsus de l'intestin est un accident exceptionnel, que je ne trouve signalé dans aucune observation, même autrefois, lorsque, pratiquée sans anesthésie, l'opération provoquait des cris et des efforts violents. On se rappelle l'étonnement de Récamier à ce sujet. Mais ici, les conditions sont changées par la largeur de la brèche que subit le plancher du bassin, et il faudra s'attendre à cet incident, dont nous avons pu constater le peu de gravité. J'avais préparé, dans cette prévision, des ressources plus efficaces, qui ont été inutiles, car il n'en est

résulté qu'un léger retard et nulle conséquence fâcheuse.

La sonde à demeure a été mal supportée, comme c'est le fait habituel. Le cathétérisme répété est bien préférable, mais comme il est parfois difficile au milieu des pinces, ennuyeux pour la patiente, on peut être entraîné à le cesser prématurément. La malade affirme uriner régulièrement, alors que, par suite de son affaiblissement et de son irritabilité, sous l'influence de l'inflammation ambiante, la vessie se laisse distendre et rejette son trop-plein, continuellement par des contractions inconscientes. La malade, plus ou moins nerveuse (morphinisée), son entourage, accusent l'opérateur qui lui-même redoute quelqu'une de ces lésions qu'on n'est jamais sûr d'éviter; j'ai raconté par quelles impressions désagréables j'ai passé à ce sujet. Une fois déjà après la cautérisation énergique au chlorure de zinc, d'un néoplasme suspect de l'utérus, que la suite a démontré bénin, j'avais constaté une incontinence de ce genre, de la nature de laquelle je n'ai pu convaincre l'intéressée, qu'au moyen d'une injection intra-vésicale colorée, et au prix d'un peu de cystite.

La douleur modérée due à la rétention, et dont le principal inconvénient a été la prolongation inutile de la morphine, et ces inquiétudes heureusement sans fondement, ont été les seuls incidents de la guérison, qui s'est faite avec une simplicité comparable à celle de l'accouchement le plus naturel.

## REVUE DES JOURNAUX

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

(*Suite*).

IV. — La salpingite gonorrhéique, par le Dr Menge, de Berlin.
V. — Importance du diagnostic précoce de la pyosalpingite considérée comme une cause des inflammations suppuratives du bassin, par le Dr Clarke, de Cambridge.
VI. — Sur l'opération césarienne dans les cas d'éclamsie, par le Dr Halbertsma, d'Utrecht.
VII. — Traitement des kystes de l'ovaire par le courant induit, par le Dr E. Noeggerath, de Wiesbaden.
VIII. — Un cas d'extirpation de la vessie, par le Dr Pawlik de Prague. — Communications faites au Congrès international de médecine de Berlin, section d'obstétrique et de gynécologie (supplément au *Centralblatt für Gynækologie*, p. 80, 81, 84, 86 et 113.

IV. — A la clinique du professeur Martin, on a fait l'examen bactériologique des produits inflammatoires dans 26 cas de pyosalpingite ; 8 fois on a constaté la présence de microorganismes : streptococcus pyogènes dans 2 cas, staphylococcus pyogènes albus, dans un cas, bacille saprophytique mobile, ayant donné des cultures pures sur de l'agar, dans 1 cas.

A en juger par les résultats des ensemencements, le pus était stérile dans les autres cas ; mais l'examen microscopique y a fait constater 1 fois un diplocoque qui se colorait par le procédé de Gram, 3 fois le gonocoque de Neisser. Dans ces trois derniers cas il n'a pas été possible de mettre la présence du gonococcus en évidence dans les tissus des organes extirpés par voie de laparotomie.

Pendant l'opération, une certaine quantité de pus gonorrhéique s'était répandue dans le péritoine. Les cas de ce genre, dont il existe déjà plusieurs exemples dans les annales de la science, soulèvent la question de savoir s'il existe une péritonite gonorrhéique ayant son point de départ dans une sorte d'ensemencement, à la surface du péritoine, des gonococcus contenus dans un foyer de pyosalpingite. Bumm a nié l'existence de ce genre de péritonite spécifique, en se basant sur ce que seuls les épithéliums cylindriques se laissent traverser par les gonococcus de Neisser. Koch considère la question comme indécise.

Or il est démontré que l'épithélium pavimenteux des cavités closes ne constitue pas une barrière infranchissable pour le gonococcus de Neisser; on a trouvé ce micro-organisme dans le contenu purulent des synoviales articulaires, chez des sujets affectés d'une arthrite blennorrhagique. Si, de plus, on considère les analogies qui existent entre le staphylococcus et le streptococcus d'une part, le gonococcus de l'autre, la possibilité d'une péritonite infectieuse, gonorrhéique, ne saurait être repoussée *a priori*. Si les faits positifs connus jusqu'ici ne fournissent pas une preuve suffisante de l'existence de cette péritonite, l'assertion de Bumm, comme quoi il n'existe point de péritonite gonorrhéique, n'est pas davantage démontrée. Les faits utilisables pour juger cette question n'existent jusqu'ici qu'en petit nombre, et dans tous les coccus immigrés dans la profondeur des organes génitaux avaient subi l'influence des antiseptiques; sans compter que dans le pus stagnant ils avaient subi l'action délétère de leurs propres produits toxiques. Les mêmes conditions se retrouvent dans les abcès de vieille date. Or il est à croire que des gonococcus frais, en pleine possession de leur virulence, ne sont pas aussi inoffensifs quand ils viennent en contact avec la séreuse abdominale.

Il y aurait encore à trancher la question de savoir si les pelvipéritonites aiguës et chroniques, complications habituelles de la pyosalpingite gonorrhéique, sont dues à une affection spécifique du revêtement séreux du petit bassin, ou si elles reconnaissent pour cause l'irritation des produits de sécrétion morbides, abstraction faite de toute intervention de germes organisés, ou encore si elles sont la conséquence d'une infection mixte. Pour résoudre cette question, il faudra faire porter les recherches sur un très grand nombre de faits cliniques, ce qui n'a pas eu lieu jusqu'à ce jour.

V. — L'expérience démontre que les collections de pus formées dans le ligament large et dans les parties avoisinantes sont souvent traitées avec succès par l'incision et par le drainage à travers le creux de Douglas. Toutefois, quand le processus morbide siège dans les annexes de l'utérus, ce mode de traitement n'assure pas de résultats durables. Les souffrances accusées par la malade peuvent être atténuées pour un temps, mais les aggravations ne tarderont pas à se produire. C'est preuve alors que les trompes sont enflammées ou lésées, éventualité toujours dangereuse.

On observe des abcès des trompes ou des ovaires, qui conduisent à un dénouement fatal sans qu'il y ait eu extension directe du processus initial au péritoine. Dans ces cas, la mort reconnaît pour cause une péritonite diffuse, qui a occasionné des adhérences étendues, des troubles circulatoires, l'épuisement des forces. Le retour fréquent et irrégulier de la turgescence menstruelle de l'utérus et de ses annexes aboutit à l'atrophie des follicules et du tissu des ovaires. Quand cet état dure un certain temps, sans que le chirurgien intervienne pour supprimer l'ovulation et la menstruation, la pyosalpingite en est une conséquence fréquente. Aussi en pareil cas le mieux est de procéder au plus vite à l'extirpation des trompes enflammées et des ovaires. Sans doute on a vu des cas où un exsudat séreux ou purulent, après s'être concrété, a persisté indéfiniment, sans troubler l'état général; ils n'en constituent pas moins une menace constante de quelque complication septique, Le développement de gaz putrides ou toxiques, la présence

des globules de pus peuvent être le point de départ d'accidents graves, et alors il est souvent trop tard d'intervenir par la laparotomie.

Quand on est appelé à examiner un cas de pyosalpingite, il faut s'assurer d'abord si la trompe forme une cavité close et si elle est distendue par du pus. L'intervention opératoire sera le plus souvent couronnée de succès, lorsqu'elle abontit à l'extirpation de la trompe sans que rien du contenu de celle-ci s'écoule dans la cavité abdominale. Parfois la distension de la trompe est telle, que du pus trouve à s'échapper par le pavillon. Dans un cas de ce genre, la suppuration était si avancée que l'auteur a pu palper les deux trompes sur toute leur longueur. Le pus avait déjà commencé à se frayer une issue par l'extrémité libre des trompes. Néanmoins la guérison a été obtenue chez cette malade, à la suite d'une laparotomie.

Le fait que des affections tubaires datant de plusieurs années ont été guéries par la laparotomie démontre suffisamment l'importance qu'il y a à poser un diagnostic précis le plus tôt possible. Non seulement on diminue les chances d'un dénouement fatal, mais encore on évite aux malades des adhérences étendues, on leur épargne de longues souffrances. A l'appui de sa thèse, l'auteur a cité un certain nombre de faits probants.

VI. — Il est généralement admis que l'éclampsie présente le pronostic le plus grave lorsqu'elle éclate avant le travail. Ainsi, d'après Schauta, le taux de la mortalité a dépassé 50 0/0 pour les femmes, dans quarante-deux cas d'éclampsie survenue avant les couches, et 42 0/0 pour les enfants. D'autres statistiques accusent des résultats tout aussi défavorables.

Dans un cas d'éclampsie chez une femme à terme, les contractions utérines faisant défaut, M. Halbertsma a eu l'idée de pratiquer l'opération césarienne dans l'espoir de sauver la mère et l'enfant; la tentative a réussi. Jusqu'ici, en Hollande, on a eu recours à ce mode d'intervention dans six cas d'éclampsie. Cinq femmes sur six ont été sauvées; celle qui a succombé était à toute extrémité quand on l'a opérée. Des six enfants, un seul également est mort, peu de temps après la naissance; il était d'ailleurs avant terme (huitième mois lunaire).

Un détail particulièrement intéressant est relatif à l'influence de l'opération sur les accidents convulsifs : quatre fois sur cinq les convulsions, très violentes jusqu'à l'extraction du fœtus, ont cessé aussitôt après; dans le cinquième cas, il y a eu encore trois légères attaques. L'hémorrhagie, qui est en général très abondante, et qui, dans un cas, a été si profuse, que le pouls était devenu imperceptible; l'hémorrhagie semble avoir une influence favorable sur les convulsions.

On peut se demander si l'opération césarienne a une gravité exceptionnelle quand elle est pratiquée dans le cours de la grossesse. Il semble que non, si l'on considère que sur dix cas opérés en Hollande, deux se sont terminés par la mort, et dans ces deux cas il y avait en jeu des complications insolites.

Peut-être pourrait-on réserver l'opération césarienne aux cas où la portion vaginale du col est déjà effacée et à ceux où il existe un rétrécissement du bassin. Dans les circonstances ordinaires et quand la portion vaginale est déjà effacée, on peut recourir avec avantage aux incisions du col suivant la manière de faire de Dührssen.

En somme, les faits démontrent que même dans les circonstances les plus défavorables nous avons des chances de sauver la mère et l'enfant ; ce résultat ne s'obtient souvent qu'au prix d'une intervention active, bien comprise. L'important serait de savoir jusqu'à quel point on peut pousser l'emploi des moyens médicaux, morphine, bains chauds, etc., sans compromettre le succès de l'intervention opératoire ultérieure.

L'auteur a résumé ses idées dans les conclusions suivantes :

1° Quand l'éclampsie survient à la fin de la grossesse et au commencement de l'accouchement, une intervention opératoire inoffensive devra souvent compléter le traitement médical par les narcotiques, par les bains chauds ;

2° Dans les cas les plus défavorables, lorsque par exemple l'anurie est complète, on devra se résoudre, s'il est besoin, à des opérations plus graves ;

3° On ne doit jamais laisser mourir la femme sans la délivrer.

VII. — M. Nœggerath a rendu compte de six cas de tumeurs ovariennes kystiques dans lesquels un traitement par les courants induits a provoqué la résorption du contenu du kyste. Voici les indications fournies par l'auteur, relativement à la technique du traitement :

1° Le courant employé doit avoir le caractère d'un courant de quantité, c'est-à-dire que le fil induit est relativement fort comme cela se trouve réalisé dans les appareils d'induction ordinaires ;

2° Le pôle négatif du courant secondaire est représenté par une éponge humide fixée à une poignée isolée ; cette éponge est introduite dans le vagin, tandis que le pôle positif, qui doit avoir une surface égale à celle de la paume de la main, est appliqué sur la paroi abdominale ;

3° L'intensité du courant doit être réglée de telle sorte que le passage du courant soit à peine perçu par la malade. La durée de chaque séance doit être une demi-heure au minimum, elle sera, dans la suite, portée à une heure. Trois séances par semaine suffisent.

Dans un cas où il existait des adhérences entre la tumeur et le péritoine, on faisait des interruptions du courant toutes les secondes. Ce mode d'application du courant a produit des effets très énergiques, et M. Noeggerath recommande d'y recourir désormais, pour le traitement des tumeurs volumineuses.

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que (6 à 8 semaines) on constate une diminution manifeste de la tumeur. On attendra ensuite les effets consécutifs du traitement, qui feront rarement défaut.

L'emploi de ce traitement est principalement indiqué dans les cas de kystes proliférants à une ou plusieurs loges, de petites et moyennes dimensions. Dans ce cas l'emploi du courant induit a manifesté une efficacité tout à fait exceptionnelle, bien supérieure à celle du courant constant dans les cas de fibromyômes, car les tumeurs kystiques étaient réduites à un volume imperceptible. En cas d'échec, il y a lieu de soupçonner que l'on a affaire une tumeur maligne.

VIII. — Le sujet de l'observation de M. Pawlik, une femme, était affecté d'une hématurie persistante. Elle fut examinée une première fois au mois de juin 1888. Le cathétérisme des uretères fournit la preuve que le sang ne provenait pas des reins. Après dilatation de l'urèthre, le toucher et l'examen endoscopique firent découvrir dans la vessie un polype à pédicule mince, du volume d'une amande. On pratiqua une fistule vésico-vaginale, à travers laquelle on sectionna le pédicule du polype, à l'aide du thermo-cautère. La fistule fut ensuite refermée. La femme quitta l'hôpital, dans les derniers jours de juillet; elle se considérait comme entièrement guérie.

Un an plus tard, elle se présentait de nouveau, dans un état

d'anémie très grave. Les hématuries s'étaient reproduites depuis quatre mois, sans discontinuer. L'examen endoscopique fit découvrir dans la vessie des masses papillomateuses à large base, dont la nature maligne ne paraissait pas douteuse. M. Pawlik conçut alors le plan opératoire que voici : fixer les deux uretères dans la paroi antérieure du vagin, extirper la vessie, former aux dépens de l'uréthre et du vagin un nouveau récipent vésical.

Après avoir introduit une sonde en métal dans chacun des uretères, il fit mettre la femme en position genu-pectorale ; puis le vagin fut incisé le long de chaque uretère sur une longueur de 2 centimètres. L'uretère fut détaché des tissus avoisinants; une incision longitudinale en boutonnière de 1 centimètre de long, fut pratiquée dans sa paroi postérieure. Une ligature fut ensuite appliquée sur l'uretère, au-dessous de cette incision ; ce conduit fut ensuite sectionné du côté de son extrémité vésicale. Les lèvres de l'incision en boutonnière, furent fixées aux lèvres de l'incision vaginale, puis on enleva la sonde. L'adhérence des uretères au vagin se fit sans difficulté et il s'était ainsi formé deux fistules urétéro-vaginales. Cela se passait le 3 août 1889.

Le 27 août M. Pawlik procéda à l'extirpation de la vessie. Il incisa la paroi abdominale comme pour la taille hypogastrique, sans entamer le péritoine. La vessie préalablement remplie d'une émulsion d'iodoforme fut isolée de ses attaches. On la vida ensuite, et on tamponna avec de la gaze iodoformée l'excavation formée au-dessus de la vessie. Puis la paroi antérieure du vagin fut incisée transversalement au-dessus du bourrelet formé par l'uréthre; à travers cette incision suffisamment dilatée, la vessie fut attirée dans le vagin, et sectionnée près de l'orifice interne. La paroi antérieure du vagin fut suturée au pourtour antérieur de la plaie uréthrale; la partie postérieure de ce pourtour et une surface circulaire fraîchement avivée de l'entrée du vagin furent utilisées pour l'établissement d'une colpoclisie transversale. Avant de nouer les fils à suture, on introduisit une sonde élastique dans chaque urétère.

La marche ultérieure fut des plus satisfaisantes. Toutefois comme la colpoclisie avait été établie un peu avec hâte, la femme se trouvant en état de collapsus, il arriva que dans sa partie médiane la paroi antérieure du vagin n'adhéra pas à la paroi antérieure de l'uréthre, il en résulta une fistule qui conduisait dans l'excavation située au-dessus de la symphyse; cette excavation et la fistule ne s'oblitérèrent qu'au bout de huit mois. Une tentative faite au mois de juin dernier, pour oblitérer le vagin, échoua. L'état général de la femme laissait à désirer.

Le 28 juillet, établissement d'une nouvelle colpoclisie, dans le sens antéro-postérieur; il ne subsiste plus maintenant qu'une fistule étroite, située en arrière de l'uréthre. Quand elle est couchée, la femme retient ses urines assez longtemps; mais sitôt qu'elle se tient debout, elle perd ses urines par la fistule. La femme a conscience de la réplétion de sa vessie artificielle, qui peut contenir environ 400 c. c. d'urine ; elle peut la vider spontanément, en contractant ses muscles périnéaux. Il n'est pas douteux que la petite fistule finira par s'oblitérer, et que la femme pourra retenir ses urines dans une mesure suffisante. Toujours est-il que l'intervention opératoire l'a arrachée à une mort prochaine. L'examen histologique a établi que les néoplasies vésicales étaient constituées par du cancer villeux.

E. Ricklin.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale, par le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière (Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1890).

L'ouvrage que M. Jules Falret présente au public médical comprend les questions relatives à l'assistance, à la législation et à la médecine légale des aliénés. En réalité ce n'est pas un travail nouveau que l'auteur a voulu faire; son but, comme il le dit lui-même dans sa préface, ayant été de réunir en un volume ses études antérieures sur toutes ces questions, comme il l'avait fait en d'autres temps pour ses études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Mais toutes les questions qui y sont traitées sont toujours de première actualité, et l'ouvrage de M. Falret sera consulté avec fruit par les médecins que leur clientèle met en situation de s'occuper des malades atteints d'aliénation mentale.

L'ouvrage commence par la description de *l'asile d'aliénés de Gheel*; ce chapitre est un rapport qui a été lu à la Société médico-psychologique en 1862, au nom de la commission dont M. Falret faisait partie et qui avait pour but de faire connaître au public cette colonie particulière où les aliénés vivent en communauté, depuis plusieurs siècles, avec une population nombreuse de gens sains d'esprit. Les aliénés, au lieu d'être internés, sont placés non seulement chez les paysans, mais encore chez les ouvriers et les bourgeois, où ils sont soumis aux mêmes conditions de vie intime que le reste de la famille dans laquelle ils sont logés.

Cet exemple de Gheel prouve, ainsi que le fait remarquer M. Falret, qu'on peut laisser à beaucoup d'aliénés une liberté plus grande qu'on ne se l'imagine, sans nuire à la sécurité de tous.

Dans le second chapitre, qui date de 1864, M. Falret étudie les différents modes d'assistance applicables aux aliénés :

1° Le séjour de certains aliénés dans leurs familles, avant ou après leur entrée dans les asiles;

2° Le placement de certains aliénés dans les habitations particulières isolées et dans des familles étrangères;

3° La création de villages d'aliénés;

4° La fondation de fermes agricoles annexées aux asiles d'aliénés.

Cette question de l'assistance des aliénés amène l'auteur à nous parler de l'asile médico-agricole de Leyme (Lot), intermédiaire, comme organisation, entre nos asiles actuels et la colonie de Gheel, et au sujet duquel le Dr Bounefous, alors médecin de cet asile, avait envoyé une étude approfondie, insistant sur la liberté relative dont jouissent les malades, et dont ils tirent les plus grands bienfaits.

Un rapport sur les asiles d'aliénés de la Hollande (1862), et une étude *sur les législations étrangères sur les aliénés*, et *sur les réformes proposées à la loi de* 1838 (1869) font suite à cette première partie de l'ouvrage.

Nous arrivons ensuite à une question très intéressante, que M. Falret a discutée en 1876 en écrivant son article sur la responsabilité légale des aliénés pour le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Ce chapitre, M. Falret l'a traité avec une compétence toute spéciale, et sa lecture en doit être recommandée à tous ceux qui ont à s'occuper de médecine légale : médecins, jurisconsultes, magistrats ou avocats. On connaît les conclusions qui le terminent en ce qui concerne la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour le placement, le maintien et la sortie des aliénés dits criminels dans les asiles d'aliénés, substitution

que M. Falret condamne; la séquestration perpétuelle des aliénés dangereux et surtout des aliénés homicides, contre laquelle il se prononce; enfin, la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, qu'il considère comme inutile et inefficace. Dans un discours prononcé à la Société médico-psychologique en 1868, il revient sur cette question, qu'il traite d'une façon moins incidente.

Mentionnons le chapitre consacré aux aliénés dangereux, cadre dans lequel l'auteur fait rentrer non seulement les aliénés homicides, mais, encore tous ceux qui, par leurs actes ou paroles, peuvent porter atteinte à l'honneur ou à la sécurité des familles ou bien encore à l'ordre public. Cette manière d'envisager les aliénés dangereux en élargit singulièrement le nombre. Ils comprennent les aliénés en général, les aliénés qui n'en sont qu'aux premières périodes des maladies mentales, les épileptiques, les alcooliques, les maniaques, les aliénés atteints de délire partiel et de délire des persécutions, les aliénés chroniques, les aliénés raisonnants, les idiots et les imbéciles. Comme règle de conduite à l'égard de toutes ces catégories d'aliénés, éviter ou la séquestration appliquée à tous les aliénés sans exception, ou la liberté de circulation laissée à tous ces malades.

Le rapport sur l'affaire Jeanson qui fait suite à ce chapitre, termine ce qui, dans l'ouvrage, concerne spécialement les aliénés. Comme le dit l'auteur dans sa préface, il a trouvé dans cette affaire à appliquer les idées qu'à la suite de son maître Morel, il n'a cessé de soutenir en faveur de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés, même dans les cas de délire de courte durée.

L'ouvrage se termine par des études sur la consanguinité, sur l'amnésie, sur l'aphasie, sur la fonction du langage articulé et sur l'emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques.

En ce qui concerne la *consanguinité*, on sait qu'on l'a accusée de déterminer chez les descendants un certain nombre d'affections parmi lesquelles on peut citer : la surdimudité, la stérilité, l'aliénation mentale, l'idiotisme, l'épilepsie, les monstruosités et anomalies, etc. Or, si la question n'est pas encore tranchée d'une façon absolue, on peut dire que le danger des unions entre proches est rendu très probable par le grand nombre de faits publiés et qu'il se traduit par des stigmates de dégénérescence physique et morale indéniables. Mais quand il s'agit d'interpréter les faits et d'attribuer à la consanguinité seule l'apparition de ces désordres, on est forcé de rester dans le doute et de tenir un compte sérieux de l'hérédité morbide, facteur étiologique important et dont de nouvelles recherches feront ressortir toute la valeur.

Le chapitre sur l'aphasie renferme l'histoire de ce syndrome et n'est qu'un extrait du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article Aphasie, qui a été écrit par M. Falret.

Enfin l'emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques termine cet intéressant ouvrage (1871). L'auteur en étudie l'action physiologique, les modes d'administration, les effets thérapeutiques, les cas dans lesquels il peut être employé avec le plus de chance de succès, enfin les accidents que peut causer la trop longue continuation du médicament.

L'ouvrage de M. Falret, dans son ensemble, est agréable et intéressant à lire et, comme nous le disions en commençant, tous les médecins y trouveront matière à profit et à connaissances nouvelles.

D<sup></sup>r H. B.

CODE MANUEL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE, par L. COLLIN, médecin-major. (O. Doin, éditeur, Paris 1890).

Si nul n'est censé ignorer la loi, nul aussi n'est censé ignorer les règlements militaires, bien que le nombre de ceux qui les connaissent dans tous leurs détails constitue l'infime minorité. Qu'un étudiant en médecine ou en pharmacie veuille obtenir la dispense conférée par la loi du 15 juillet 1889; qu'il postule une situation de médecin auxiliaire; ou que, pourvu du diplôme soit de docteur, soit de pharmacien de 1re classe, il désire être mis en possession du grade d'aide-major, il a des demandes à faire, des formalités à remplir. De là, grands embarras que M. Collin fait disparaître en donnant à l'un le modèle des certificats à produire, en fournissant à l'autre le programme des examens à subir, en indiquant enfin au dernier le nombre et la nature des pièces à présenter. Il rappelle aux étudiants les conditions auxquelles la dispense de deux ans de service leur est accordée et aux médecins auxiliaires leur situation exacte dans la hiérarchie militaire. Tout ce qui a trait à la solde, aux dispenses, aux permissions, est successivement abordé.

Viennent ensuite des renseignements précis sur la situation des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale vis à vis des officiers de l'armée active; sur les cas où le grade peut être retiré, par réformes, par mise hors de cadres, par suspension disciplinaire ou par révocation; sur la tenue; sur les circonstances diverses où le port de cette dernière est obligé, autorisé ou simplement toléré; sur les étapes obligatoires et volontaires avec ou sans solde; sur les droits et devoirs; sur les punitions, sanction d'un manquement à ces derniers; sur les attributions afférentes au grade et à la fonction; sur ce qu'on doit entendre par la voie hiérarchique; sur une foule d'autres sujets, tels que correspondance, changement de domicile, avancement, tous aussi intéressants et non moins utiles à connaître.

Ce code manuel de notre ami Collin s'adresse à des médecins et pharmaciens sans avoir, comme on vient de s'en rendre compte, rien de médical ni de pharmaceutique. Il vise le côté purement administratif, celui qu'on n'apprend pas sur le banc des Facultés et qui, très important, jette dans l'embarras étudiants et confrères qui ont des questions militaires à soulever ou à résoudre. Répondant à un besoin, le succès peut lui être assuré.

CH. AMAT.

MANUEL DU CANDIDAT AUX DIVERS GRADES ET EMPLOIS DE MÉDECIN ET PHARMACIEN DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE (rédigé conformément aux programmes ministériel), par le Dr P. BOULOUMIÉ. (Société d'éditions scientifiques. Paris, 1890.)

Lorsque les bases de la réorganisation générale du service de santé eurent été arrêtées on dut, afin de pouvoir assurer sans retard la mobilisation, prendre des dispositions exceptionnelles dans le but de constituer le cadre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale : à cet effet furent rendus les décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 27 août 1887, qui accordaient aux médecins et aux pharmaciens appartenant au corps enseignant ou aux hôpitaux un avancement particulier. Le cadre des médecins et des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale est aujourd'hui assez solidement constitué pour que l'on ait pu revenir aux règles du droit commun, dont la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée et le décret du 25 juin 1888 sur l'avancement des sous-lieutenants et lieutenants de toutes armes, forment les véritables

bases. Aussi a-t-il paru en date du 19 décembre 1889 un décret spécifiant entre autres choses que nul ne pourrait, en temps de paix, être proposé pour le grade de médecin major de 2e classe, s'il n'avait subi avec succès un examen spécial sur des connaissances militaires et administratives déterminées et absolument nécessitées par les obligations nouvelles qu'édictait la loi du 1er juillet 1889 donnant une autonomie complète au corps de santé. Il faut savoir en effet qu'en temps de guerre un grand nombre de médecins majors de 2e classe sont chefs de service dans les corps de troupe ou médecins chefs de formations sanitaires et qu'ils ont à faire non seulement acte de médecins praticiens, mais encore acte de direction et de commandement vis-à-vis des officiers et des troupes de santé sous leurs ordres : l'organisation et le fonctionnement de l'armée en général, l'organisation et le fonctionnement du service de santé en particulier, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'ils peuvent occuper à tous les degrés de la hiérarchie doivent en conséquence n'avoir pas de secrets pour eux, M. Bouloumié, que l'on trouve toujours à la tête de bonnes œuvres, a pris pour tâche de venir en aide à ses confrères en leurs présentant sous forme de manuel l'ensemble des leçons professées par lui sur un pareil sujet et annoncées en leur temps par la *Gazette médicale*.

Le programme de l'examen qui doit être subi par les médecins aides-majors de 1re classe comprend les lois du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, du 24 juillet 1873 relative à l'organisation de cette dernière, du 19 mai 1834 sur l'état des officiers ; les décrets du 31 août 1878 et 3 mai 1880 portant règlement sur l'état des officiers de la réserve et de l'armée territoriale, des 29 juin 1878 et 8 juin 1879 sur la composition et le fonctionnement des conseils d'enquête complétés par la note ministérielle du 20 juillet 1881 relativement aux officiers de réserve et de l'armée territoriale, du 19 décembre 1889 visant l'avancement de ces derniers, du 28 décembre 1883 sur le service intérieur des corps de troupe, du 23 octobre de la même année sur le service dans les places de guerres et les villes de garnison ; enfin des notions sur la composition en personnel et en matériel des formations sanitaires de campagnes, service régimentaire, ambulances, hôpitaux de campagnes et d'évacuation, trains sanitaires. L'auteur a cru devoir y ajouter la loi du 1er juillet 1889 modifiant celle du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée et ayant pour but de donner une autonomie complète au service de santé, quelques mots de la loi du 17 décembre 1888 relative aux officiers d'administrations et de la loi du 13 mars 1875, elle aussi modifiée par celle du 15 décembre 1875 fixant la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale, certains détails sur le décret du 23 novembre 1889 portant règlement pour l'exécution de l'article 23 de la loi du 15 juillet de la dite année sur le recrutement stipulant les dispositions spéciales adoptées en faveur des professions libérales et enfin quelques notions médico-chirurgicales militaires.

Le manuel de M. Bouloumié possède les trois qualités maîtresses que nous avons toujours retrouvées dans ses œuvres, la concision, la précision et la clarté. Pour intéresser le lecteur, pour rendre moins aride l'étude d'une loi il use avec succès d'un excellent moyen qui consiste à laisser de côté l'ordre adopté par le législateur pour en présenter tout d'abord un résumé sommaire sauf à la reprendre dans son ensemble et à l'exposer dans ses détails les plus importants.

CH. AMAT.

I. DE LA KYSTECTOMIE DANS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — II. DE LA STÉRILISATION PAR L'EAU BOUILLANTE DES INSTRUMENTS D'OCULISTIQUE, par A. BOURGEOIS. (*In Bull. général de thérapeutique*, décembre 1889 et février 1890).

I. — La kystectomie, ablation d'une partie ou de la presque totalité de la cristalloïde antérieure, rend plus facile la sortie de la lentille, plus sûr l'échappement des masses corticales, à peu près impossible les enclavements capsulaires. Le tout est d'avoir un bon instrument pour la pratiquer. De toutes les pinces kystectomes préconisées, l'auteur préfère son kystectome se composant essentiellement de la monture d'une pince à pression continue, terminée par une portion effilée formée par deux fines tiges ayant à elles deux un peu plus du volume de la tige d'un kystectome ordinaire. Malgré sa fragilité, cet instrument peut être rendu très facilement aseptique.

II. — Cette dernière précaution est d'autant plus aisée à prendre qu'on peut, grâce à l'appareil préconisé par l'auteur, employer l'eau, maintenue bouillante pendant tout le temps nécessaire à la stérilisation. Les instruments d'oculistique sont en général très délicats et leur finesse risquerait d'être compromise par la plupart des antiseptiques chimiques. Le mieux est l'ennemi du bien et c'est à ce titre que nous recommandons l'appareil en question, sans croire toutefois qu'il réponde à un besoin bien urgent.

CH. AMAT.

## BULLETIN

SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — ANTISEPSIE PAR LES SAGES-FEMMES

Au nombre des questions importantes que nous voyons réapparaître périodiquement à la tribune des Académies et dans les discussions de la presse, se place au premier rang celle de l'accroissement de la population française. Question grave entre toutes, parce qu'elle se rattache d'une manière indissoluble à l'avenir et à la fortune de notre pays ! Nous avons déjà eu l'occasion de la traiter à cette place, il y a quelques semaines, à propos de la communication de M. Lagneau. M. Javal a voulu la reprendre à son tour et le travail qu'il vient de lire devant l'Académie n'est pas moins digne d'attirer l'attention des pouvoirs publics, si intéressés à connaître la vérité en pareille matière. L'accord existe d'ailleurs entre MM. Lagneau et Javal en ce qui concerne le fait matériel de la dépopulation de la France : il cesse, au contraire, quand il s'agit d'apprécier la valeur des mesures proposées en vue de remédier à un état de choses qui crée pour notre pays une infériorité ethnographique évidente vis-à-vis des autres nations. Et l'on ne voit pas trop comment cet accord pourrait s'établir, puisque les deux orateurs diffèrent d'opinion concernant les causes de cette diminution générale de la natalité que l'on signale de toutes parts. M. Javal a cru devoir incriminer spécialement les lois fiscales et militaires qui, d'après lui, semblent avoir été créées exprès pour inviter les Français à restreindre spontanément le nombre de leurs enfants.

Sans vouloir prendre position dans un pareil débat, nous ferons remarquer seulement que l'opinion de M. Javal, pas plus que celle de M. Lagneau, ne nous paraît comporter de solution réellement et immédiatement pratique. Les lois civiles et militaires que l'honorable statisticien met en cause sont, les unes le corollaire de notre état politique et social, les autres le résultat de la nécessité, d'une nécessité impérieuse, inéluctable, dont il faut chercher l'origine dans les événements de

1870. Les premières font partie intégrante de nos institutions, les secondes nous sont imposées par la fatalité. Au premier abord on n'entrevoit guère la possibilité de changer radicalement ce qui est entré ainsi depuis longtemps dans nos mœurs.

Nous sommes donc fondé à croire que le desideratum formulé par M. Javal restera encore longtemps à l'état de lettre morte, parce qu'il est sans application possible, même lointaine.

Le remède, s'il y en a un, doit-il être cherché, comme le veut M. Lagnean, dans l'amélioration de la morale publique? Mais le progrès, de ce côté, ne peut être lui-même que l'œuvre du temps. Nous croyons que l'on obtiendrait des résultats plus appréciables et plus prompts avec d'autres moyens, par exemple, en généralisant les mesures d'hygiène qui, bien comprises et appliquées, pourraient diminuer dans une certaine mesure la mortalité des nouveau-nés, cause importante de dépopulation. On pourrait peut-être encore avec profit mettre à exécution la proposition déjà émise plusieurs fois de tirer partie de l'immigration annuelle. si considérable dans notre pays, pour englober le plus grand nombre possible d'étrangers dans la nationalité française. Il suffirait d'une loi pour faire entrer demain cette proposition dans le domaine des choses réalisées. C'est dans cet ordre d'idées, croyons-nous, qu'il convient de se placer, si l'on veut obvier dès maintenant et d'une façon quelque peu efficace à cette cause de faiblesse qui résulte chez nous du petit nombre des naissances, mais on n'obtiendra rien en s'attaquant à des institutions qui ont pour elles la force de l'habitude ou de la nécessité.

On se rappelle que l'Académie, il y a quelques mois, fut invitée à donner son avis concernant l'opportunité de l'emploi des antiseptiques par les sages-femmes dans la pratique des accouchements. Nous avons ici même rapporté les conclusions de l'Académie et fait ressortir l'autorité qui, en la matière, s'attachait à son approbation. En dehors d'elle, la question paraît d'ailleurs aujourd'hui chose jugée. Dans la plupart du pays voisins, la vulgarisation de l'antisepsie en obstétrique est maintenant un fait accompli et même chez plusieurs d'entre eux a pris force de loi. Chez nous, elle a déjà reçu l'adhésion de presque tous les accoucheurs et particulièrement celle des maîtres dont l'opinion fait autorité en la matière. Nous en trouvons la preuve dans une leçon où M. Tarnier exposait récemment les règles générales qui doivent présider à l'application de l'antisepsie aux accouchements, ainsi que les moyens prophylactiques propres à assurer l'asepsie préalable. Ici, le point délicat c'est le choix d'un antiseptique à la fois efficace et inoffensif, deux conditions assez difficiles à concilier et que l'on ne trouve réalisées que chez quelques-unes seulement des substances d'ailleurs extrêmement nombreuses qui jouissent de propriétés microbicides reconnues. Surtout on est en droit de les exiger quand il s'agit de la femme accouchée qui présente, en raison de son état, des circonstances si propices à l'absorption des médicaments. Après avoir passé en revue toute la série, M. Tarnier a cru devoir conclure en faveur du sublimé et du sulfate de cuivre, le premier plus actif, mais toxique, le second antiseptique plus faible, mais en revanche tout à fait inoffensif. La faculté d'user de ces deux substances, suivant les besoins de sa cause, permettra aux sages-femmes de parer à toute éventualité et surtout leur permettra d'éviter les dangers d'intoxication inhérents à l'usage de certains médicaments, et particulièrement aux injections de solutions mercurielles. Voilà donc l'antisepsie obstétricale entrée dans une voie réellement pratique : On peut espérer, grâce à sa vulgarisation et à son emploi de mieux en mieux compris, reduire un jour à zéro la mortalité *postpartum*, résultat qui jadis eût été considéré comme impossible, au moins comme tout à fait chimérique.

P. Muselier.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE

Notre article bibliographique de la *Gazette Médicale* du 30 août sur la grippe, nous a valu, de la part de M. le Dr Roussel, de Paris, une réclamation de droits de priorité pour le diagnostic différentiel de la grippe et la dengue et la description de quelques symptômes. Or, la communication de M. le Dr Roussel à la Société de médecine pratique date du 12 décembre, tandis que notre premier mémoire a paru en librairie, en juin de la même année, c'est-à-dire, six mois auparavant.

M. le Dr Roussel émet sur le traitement de la grippe des vues originales. Il préconise le phénol injectable en solutions huileuses à 10 0/0. 3 à 4 injections, dit-il, guérissent la maladie confirmée, jugulent souvent d'un seul coup le mal à son début et préservent à coup sûr les sujets exposés au contage. Le phénol ne provoque ni prostration, ni urines noires.

L'auteur assure la convalescence par quelques injections d'arséniate de strychnine. Aux sujets qui ne peuvent recevoir d'injections, il fait prendre par la bouche un sirop d'eucalyptol phéniqué, suivant la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop d'eucalyptus........... | 250 | grammes |
| Eau.......................... | 750 | — |
| Acide phénique crist........... | 1 | — |

Nous n'avons aucune expérience sur cette thérapeutique. M. A. Robin (1) a mis en relief les dangers de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. En serait-il autrement pour la grippe? M. le Dr Roussel l'assure, en termes faits pour inspirer la conviction.

Fiessinger.

## NOTES ET INFORMATIONS

Le choléra. — Les dernières nouvelles venues d'Espagne mentionnent une diminution considérable des cas de choléra. Les cas nouveaux dans tous les districts infectés sont peu nombreux. Il est permis d'espérer une disparition de la maladie de ce côté.

— Il n'en est pas de même en ce qui concerne le fléau sur la mer Rouge. Nous avions signalé dans un de nos précédents numéros les moyens employés par un grand nombre de pèlerins pour se soustraire aux mesures de quarantaine prescrites. Ces pratiques n'ont pas tardé à porter leurs fruits, et l'apparition du choléra à Massaonah est maintenant un fait accompli. L'épidémie s'est rapidement propagée parmi les indigènes d'abord, chez qui elle fait une moyenne de soixante victimes par jour, puis, malgré les démentis du gouvernement italien, parmi les troupes d'occupation chez lesquelles elle a déjà causé un certain nombre de décès.

Le gouvernement italien a envoyé sur les lieux une commission médicale sous la présidence de M. le professeur Canalis, commission chargée de prendre toutes les mesures nécessaires en pareille circonstance.

Des nouvelles de Syrie annoncent également que le fléau sévit à Alep.

Le journal officiel italien publie, en raison de la constatation

(1) Leçons de clinique et thérapeutique médicales, p. 266.

officielle du choléra à Alep, des mesures de précaution à l'égard des provenances d'Alexandrette, des côtes de Syrie et de la Caramanie, de Jaffa à Adalla.

— L'épidémie de variole qui sévissait à Madrid depuis deux mois est en pleine décroissance. Cette épidémie a fait beaucoup de victimes dans la capitale de l'Espagne.

— Des épidémies de fièvre typhoïde sont signalées de différents côtés en France, à Trouville : à Saintes, à Saint-Nicolas-du-Port près de Nancy et à Arles.

MM. Brouardel et Thoinot doivent se rendre à Trouville pour ouvrir une enquête au sujet de l'origine de la fièvre typhoïde sur cette plage.

Des renseignements sur l'état sanitaire d'Arles ont été demandés par le comité de direction du service de l'hygiène qui statuera sur l'utilité d'une enquête.

## NOUVELLES

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine le 27 octobre prochain.

Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre 1890.

***

M. le Dr Ch. Amat est nommé Officier d'Académie.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 20 SEPTEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 0. — Rougeole, 30. —Scarlatine, 7.— Coqueluche, 17. — Diphtérie, croup, 57. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 339. — Autres tuberculoses, 48. — Tumeurs cancéreuses, 84. — Autres, 5. — Méningite, 84. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 70 — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 15.—Maladies organiques du cœur, 85.—Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 47. — Broncho-pneumonie, 26. — Pneumonie, 52— Gastro-entérite des enfants : Sein, 49 —Biberon, 163.—Diarrhée au-dessus de 5 ans, 16.— Fièvre et péritonite puerpérales, 12. —Autres affections puerpérales, 1.— Débilité congénitale, 4. — Sénilité, 51. — Suicides, 35.— Autres morts violentes, 26.—Autres causes de mort, 248. — Causes inconnues, 13. — Total : 1,718.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.



## Remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés.

Par P. G. Variot,
Médecin des hôpitaux.

Lors de mon passage aux Enfants-Assistés, pendant le premier semestre de 1890, j'ai pu faire quelques observations précises sur la suractivité fonctionnelle singulière des glandes mammaires chez les nouveau-nés des deux sexes.

Je me suis assuré d'abord que ce n'était pas, en général, dans les premiers jours qui suivent la naissance que la sécrétion lactée était la plus abondante, mais ordinairement du huitième au douzième ou même au quinzième jour.

A ce moment, les deux glandes saillent parfois comme deux petits verres de montre appliqués sur le thorax ; et lorsque le lait n'a pas été évacué, la région mammaire est soulevée, formant une petite tumeur arrondie de la grosseur d'une noisette.

La peau qui recouvre la glande est souvent rosée. La palpation digitale donne une sensation d'empâtement ; la pression pour faire sourdre le lait est douloureuse, comme chez la nourrice dont les seins sont temporairement engorgés. On voit que le développement des abcès du sein chez le nouveau-né n'est guère moins fréquent que chez la femme qui allaite — et qu'un bon moyen de le prévenir, dans les deux cas, est d'évacuer le contenu des conduits galactophores.

Il n'est pas rare, en comprimant légèrement la glande, lorsque la sécrétion est bien établie, chez les enfants, c'est-à-dire du huitième au quinzième jour après la naissance, de faire sortir jusqu'à deux et trois centimètres cubes d'un liquide qui présente tous les caractères extérieurs du lait.

Il y a bien longtemps que l'on ne discute plus sur la constitution de cette sécrétion lactée vraie des nouveau-nés. Les analyses chimiques faites à l'instigation de Gübler ont définitivement établi que le lait des jeunes enfants contenait tous les principes essentiels du lait de la femme adulte, en proportion un peu moindre et un peu variable, il est vrai.

J'ai prié M. Lecocq, interne en pharmacie aux Enfants-Assistés, de vouloir bien pratiquer à nouveau l'analyse chimique du lait des nouveau-nés recueilli dans des conditions convenables.

Ci-joint les détails du procédé analytique et les résultats obtenus.

*Dosage du beurre, de la caséine et du sucre de lait dans trois échantillons de lait de nouveau-né, par le procédé Adam.*

1° *Beurre.* — 1 centimètre cube de lait est introduit dans le galactomètre, puis étendu de 9 centimètres cubes d'eau distillée. Le dosage est alors terminé par séparation de la couche éthérée, qui, évaporée, donne le beurre par évaporation.

Pour me rendre compte de l'erreur commise en opérant sur une si petite quantité de lait, j'ai fait le dosage du beurre dans un lait de vache, en opérant d'abord sur 10 centimètres cubes puis sur 1 centimètre cube du même lait. Le résultat rapporté à 1,000 centimètres cubes a été inférieur de 1 gr. 50 en opérant sur 1 centimètre cube de lait.

2° *Caséine.* — Le liquide aqueux qui a été séparé de la liqueur éthérée contenant le beurre est additionné d'acide acétique jusqu'à réaction acide. Le précipité est recueilli sur un filtre sous plis et le liquide filtré s'écoule dans un ballon jaugé de 50 centimètres cubes de capacité. Le filtre et le précipité sont lavés à l'eau distillée, et l'on complète alors 50 centimètres cubes qui serviront à faire le dosage du sucre de lait. Après dessiccation à l'étuve à 105 degrés, on pèse pour avoir le poids de la caséine.

3° *Sucre de lait.* — Le dosage a été fait en opérant sur 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling, titrée au moyen d'une solution de sucre de lait.

*Lait de nouveau-né.*

Quantité de lait : 1 centimètre cube

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N° 1. — | Beurre. . . . . | 8,015 p. 1000. | 15 grammes. | |
| | Caséine. . . . . | 0,011 | — | 11 — |
| N° 2. — | Beurre. . . . . | 0,017 p. 1000. | 17 grammes. | |
| | Caséine. . . . . | 0,013 | — | 13 — |
| | Sucre de lait. . | 0,042 | — | 42 — |
| N° 3. — | Beurre. . . . . | 0,014 p. 1000. | 14 grammes. | |
| | Caséine. . . . . | 0,025 | — | 25 — |
| | Sucre de lait. . | 0,046 | — | 46 — |

Ajoutons qu'il ne saurait y avoir aucun doute sur la nature de la caséine dosée.

Certains chimistes avaient pensé qu'on trouvait dans le lait des nouveau-nés, non de la caséine, mais une variété spéciale d'albumine.

Les proportions variables dans les principes immédiats s'expliquent, pour ces diverses analyses, par les modifications qui surviennent d'un jour à l'autre dans la qualité de la sécrétion. Ces modifications sont du reste communes aussi chez la femme, surtout lorsque la sécrétion n'est pas bien régularisée par l'allaitement, d'où les variétés nombreuses dans les analyses du lait de femme qui ont été publiées.

Ce qui est capital, c'est que l'on retrouve constamment les principes immédiats essentiels du lait dans la sécrétion du nouveau-né, c'est-à-dire le beurre, la caséine et le sucre de lait.

M. de Sinety, dans un beau mémoire histologique inséré dans les *Archives de physiologie*, a décrit soigneusement et fait figurer la structure de la glande mammaire des jeunes enfants.

Cet auteur conclut que pendant la période de lactation, la mamelle des nouveau-nés contient des culs-de-sac tapissés par des cellules sécrétantes qui diffèrent bien peu des mêmes parties envisagées chez la femme adulte.

Nous nous sommes assuré nous-même, par des examens microscopiques répétés, que le lait des jeunes enfants recueilli dans la période de plein fonctionnement, présentait les mêmes globules lactés que le lait de la femme.

Il serait impossible, sur des préparations miscroscopiques, de faire aucune distinction entre les deux.

En somme, les recherches anatomiques viennent corroborer les résultats fournis par l'analyse chimique pour prouver que la sécrétion lactée temporaire chez l'enfant présente les plus étroits rapports avec la lactation chez la femme adulte.

Il nous reste à exposer quelle est la durée, la persistance de la suractivité mammaire des jeunes enfants des deux sexes, comment cette fonction temporaire s'éteint et quelle influence l'état de la santé générale peut avoir sur elle. Ce côté spécial de la question a été peu exploré jusqu'à présent, croyons-nous. Nous avons déjà fait remarquer que le plus souvent, c'est du huitième au quinzième jour après la naissance que la sécrétion lactée est la plus abondante; c'est aussi à ce moment que les caractères de cette sécrétion se rapprochent le plus de ceux du lait de la femme adule; même aspect extérieur, même coloration, mêmes globules lactés à l'examen microscopique, enfin nous le répétons, composition chimique très analogue.

Mais avant le huitième jour qui suit la naissance et surtout après le quinzième jour, la quantité et la qualité de la sécrétion sont modifiés graduellement, le liquide que l'on fait sourdre en gouttelettes par la pression est transparent, d'apparence céreuse, rappelle le colostrum.

Il faut que la goutte recueillie ait une certaine épaisseur pour que sa teinte devienne un peu trouble, opalescente.

Chez un petit garçon de un mois et demi nous sommes parvenu à faire sourdre sur le mamelon trois gouttelettes indépendantes restant attachées aux orifices des conduits galactophores.

Deux de ces gouttelettes étaient claires et limpides, l'autre avait la coloration du lait ordinaire. Les phénomènes de sécrétion s'éteignent donc avec une lenteur inégale dans les divers lobulu de la jeune glande.

Le liquide, lorsqu'il a pris l'apparence céreuse, examiné au microscope, laisse voir de rares globules lactés, épars au milieu de cellules rondes d'inégale grandeur, mais dépassant généralement les dimensions des leucocytes ordinaires. Quelques-unes de ces cellules sphériques ont leur protoplasma clair avec un noyau bien apparent. La plupart de ces cellules sont plus grandes; elles sont bourrées de grains et de granules brillants masquant le noyau. Ces grains sont vraisemblablement des globules lactés incorporés dans les leucocytes.

L'activité fonctionnelle des mamelles des jeunes enfants ne cesse donc que graduellement et se révèle encore souvent au bout de quatre ou cinq mois, par un faible suintement de sérosité lorsque l'on comprime les glandes entre les doigts. — C'est ce que démontre le tableau que nous donnons ci-dessous.

*Jeunes enfants de la nourricerie des Enfants-Assistés examinés au point de vue de la sécrétion lactée.*

Garçon. — 3 jours. — Sécrétion claire.
Garçon. — 10 jours. — Sécrétion très abondante, lactée s'échappe en jet.
Fille. — 12 jours. — Sécrétion abondante et lactescente.
Fille. — 12 jours. — Sécrétion très abondante d'un côté.
Garçon. — 21 jours. — Suintement trouble des deux côtés.
Garçon. — 29 jours. — Écoulement abondant des deux côtés.
Garçon. — 1 mois. — État général très grave. Écoulement mammaire abondant.
Garçon. — 1 mois. — Écoulement minime, transparent.
Fille. — 1 mois 1/2. — Suintement faible.
Fille. — 1 mois 1/2. — Suintement très peu abondant et transparent.
Garçon. — 46 jours. — État de cachexie extrême. Très léger suintement.
Fille. — 2 mois. — Sécrétion lactée abondante des deux côtés.
Garçon. — 2 mois. — Suintement lacté du côté droit, très clair à gauche.
Fille. — 2 mois. — Rien.
Fille. — 2 mois. — Suintement lacté très appréciable.
Fille. — 2 mois 1/2. — Suintement des deux côtés.
Garçon. — 2 mois 1/2. — Très cachectique. Rien.
Garçon. — 2 mois 1/2. — Rien.
Fille. — 2 mois 1/2. — Suintement très clair et peu abondant.
Fille. — 3 mois. — Suintement épais et jaunâtre appréciable des deux côtés.
Fille. — 3 mois. — Suintement peu abondant, lacté d'un côté clair de l'autre.
Fille. — 3 mois 1/2. — Rien.
Garçon. — 4 mois. — Très amaigri. Suintement du côté droit.
Garçon. — 4 mois 1/2. — Suintement limpide assez abondant, des deux côtés.
Garçon. — 4 mois 1/2. — Suintement des deux côtés.
Fille. — 4 mois 1/2. — Suintement très faible du côté gauche.
Garçon. — 6 mois. — Suintement très faible et très clair.
Garçon. — 7 mois. — Rien.
Garçon. — 7 mois. — Rien.
Fille. — 7 mois 1/2. — Suintement à peine perceptible semblable à du mucus.
Fille. — 9 mois. — Rien.
Garçon. — 3 jours. — Né à sept mois; très chétif. Suintement lacté très appréciable des deux côtés.

A part le dernier de ces enfants et trois autres, âgés de moins de un mois, et qui sont inscrits en tête du tableau, tous les autres enfants sont, soit des syphilitiques héréditaires avérés, soit des suspects.

Les conditions dans lesquelles ce tableau a été dressé prouvent, à elles seules, que la sécrétion lactée des nouveau-nés n'obéit pas aux mêmes influences et ne subit pas les mêmes modifications que chez la femme adulte.

Tous les enfants du pavillon Parrot, aux Enfants-Assistés sont, soit des syphilitiques héréditaires avérés, soit des suspects; un bon nombre d'entre eux sont en même temps athrepsiques.

Le mauvais état de la nutrition générale, l'amaigrissement, la cachexie extrême, n'entravent pas la suractivité des mamelles chez ces enfants.

M. Papillon, interne du service, a bien voulu me photographier un petit syphilitique héréditaire, amaigri autant qu'il est possible, chez lequel les deux mamelles formaient des saillies hémisphériques d'où l'on pouvait faire jaillir le lait.

Chez la femme adulte, tout le monde sait qu'avec de pareils troubles de la nutrition la sécrétion du lait se tarirait bien vite.

Chez le nouveau-né, comme chez la femme, le processus

histologique de la lactation est analogue; la composition chimique du lait est très voisine dans les deux cas.

Mais, tandis que, chez la femme, la suractivité des fonctions mammaires est manifestement en rapport avec des modifications du côté des organes génitaux, que la sécrétion du lait diminue, cesse lorsque la nutrition générale souffre, chez le nouveau-né nous ne voyons aucune relation apparente entre le développement des mamelles et le système génital, et le travail de formation du lait n'est que peu on pas modifié par le mauvais état général.

Cette fonction temporaire des jeunes enfants a donc un caractère de constance qui doit nous faire regretter d'autant plus d'ignorer complètement et sa cause prochaine et sa signification (1).

## ORTHOPÉDIE

### SUR LES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE DANS L'OBSTRUCTION NASALE,

Par P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Dans un mémoire récent (2), nous attirions l'attention sur les rapports qui existent entre l'obstruction nasale et les déviations de la colonne vertébrale. Nous rappellerons nos principales conclusions, entièrement confirmées par de récentes observations.

L'obstruction nasale, causée le plus souvent par des tumeurs adénoïdes, est une cause très fréquente de cyphose, scoliose et de déformation thoracique.

Les scolioses, d'origine nasale, sont en général dorsales, à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme, accompagnant des déformations thoraciques importantes, apparaissant et se développant surtout pendant l'adolescence, au moment de la période de croissance, à la suite d'inflammation d'une certaine durée des muqueuses des voies respiratoires supérieures.

Le traitement de l'obstruction nasale améliore très rapidement ces formes de cyphoses, scolioses et de déformations thoraciques.

Dans un très intéressant travail, (3) C. Ziem (de Dantzig) signale l'importance de ce sujet. Nous croyons utile de citer les recherches de cet auteur, qui sont à rapprocher des observations cliniques que nous avons recueillies sur ce même sujet.

C. Ziem rappelle, qu'il y a dix ans, il a produit expérimentalement une déviation rachidienne à la suite d'une sténose nasale. Dans son étude sur l'asymétrie du crâne dans les affections nasales (4), il disait : « Tandis que la plupart des auteurs considèrent les déviations de la colonne vertébrale comme une cause d'asymétrie du crâne, le fait contraire peut être observé et il n'est pas rare de voir la déviation du rachis comme conséquence de la déformation du crâne. Dès 1879, j'ai trouvé, sur les animaux qui servaient à mes expériences d'obstruction nasale, des difformités très accentuées du rachis et du thorax. »

C. Ziem donne les dessins de la colonne vertébrale d'animaux chez lesquels il avait obstrué pendant huit semaines une des fosses nasales au moyen d'une suture métallique.

Les dessins de ces préparations indiquent des déviations avec torsion des régions cervicales et dorsales de la colonne vertébrale très nettes et très accentuées.

« A première vue, dit C. Ziem, on est tout surpris de voir une lésion, aussi minime que l'obstruction nasale, entraîner des déviations marquées de la colonne vertébrale. On peut donner, de ces faits, l'explication suivante :

« L'imperméabilité permanente d'une narine produit un trouble de développement des os voisins de la lésion primitive. De là, une asymétrie de la tête, d'où pression inégale s'exerçant sur le rachis. La portion cervicale se déviera d'abord, il se formera ensuite des déviations compensatrices dans d'autres régions de la colonne vertébrale.

« Avec le Dr R. Hein, nous avons examiné, en 1879, une petite fille qui avait eu antérieurement un traumatisme du nez et de la cloison et qui présentait une déviation de la colonne vertébrale dans la région dorsale.

« J'ai vu, chez plusieurs malades, la coexistence des sténoses nasales et des déviations rachidiennes. »

## CLINIQUE MEDICALE

### Relation d'une épidémie de mal de Bright aigu.

Par le Dr Ch. Fiessinger, d'Oyonnax (Ain).

*(Suite et fin).* (1).

— Nous croyons donc que l'angine a dû favoriser le développement du mal de Bright. Elle n'en a pas été la cause.

Qu'il s'agisse d'un mal de Bright infectieux, l'hypertrophie de la rate dans un cas, la parotidite suppurée dans un antre, la forme épidémique que la maladie a affectée, tout s'accorde à le prouver.

— Quel est l'agent infectieux, c'est ce qu'il est difficile de déterminer.

— On ne doit guère songer à l'infection scarlatineuse, étant donnée l'absence absolue de cette maladie dans la localité; admettre une série de scarlatines frustes alors qu'il n'a pas existé un seul cas de scarlatine vraie, pourrait paraître forcer la ressemblance entre ces deux affections.

M. Roux a cultivé dans les urines un bacille se rapprochant de celui d'Eberth, mais qui, inoculé aux lapins, ne produit pas d'accidents.

Ce bacille aurait-il été pathogène pour l'homme? Rien ne nous permet de l'affirmer.

Il nous semble plus sage de rester dans le doute et de conclure que la cause réelle de notre épidémie est demeurée obscure. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider l'étiologie de certaines néphrites aiguës.

#### OBSERVATIONS.

Observation I.

*Femme de 46 ans. — Angine. — Anasarque. — Vomissements. — Céphalalgie. — Guérison le 10e jour.*

Mme P... 46 ans, de Martignat (canton d'Oyonnax) a la grippe au milieu de janvier 1890. — La maladie s'est traduite par des maux

(1) Je ne sais si chez les tous jeunes animaux on retrouverait la sécrétion lactée temporaire, habituelle dans notre espèce. A ce point de vue, j'ai examiné deux jeunes chats; l'un mâle et l'autre femelle, et quelques jeunes chiens. Je n'ai pu parvenir à faire suinter aucun liquide par le mamelon dans les quinze jours qui suivent la naissance. Ce fait est-il général chez tous les mammifères? Cela est douteux.

(2) *Gazette médicale*, 22 mars 1890.

(3) C. Ziem. *Ueber Verkrümmung der Wirbelsaüle bei Obstruirenden Nasenleiden. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 5, 1890.)

(4) C. Ziem. *Ueber Asymmetrie des Schadels bei Nasenkrankheiten. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 2, 1888.)

(1) Voir le numéro précédent.

de tête, des douleurs dans les reins et les membres, une toux légère. La guérison est complète quand, au commencement de février, se déclare un mal de gorge qui persiste les jours suivants, avec une intensité toutefois moindre que le premier jour.

Le 14 février, Mme P... se croyant totalement rétablie, ressent dans la région frontale du côté droit, un violent mal de tête.

Nous voyons la malade le lendemain matin.

15 février. La face est bouffie, les jambes œdématiées. On constate un peu d'oppression. L'examen du thorax reste négatif. La quantité d'urine émise est fortement diminuée.

Mme P... n'est pas sortie de chez elle et n'a pas vu d'autres malades. Elle n'a pas reçu de visite étrangère.

T. m. 37,4; P. m. 92° (la température est toujours prise dans le rectum).

Les urines sont claires, renferment de notables quantités d'albumine et des cylindres épithéliaux.

*Prescription.* — Régime lacté exclusif. Inhalations d'oxygène. (Ballon de 30 litres). Ventouses sèches sur les reins.

Le même soir apparaissent des vomissements répétés et une céphalalalgie violente.

Nous ordonnons, suivant la méthode du professeur Renault (1), 6 sangsues de chaque côté des reins, et après un lavement laxatif, toutes les 4 heures, un petit lavement de 250 gr. à 300 gr. d'eau fraîche, ce dernier, pour élever la pression vasculaire et arriver à l'action diurétique.

Le 16. Les jambes ont désenflé et les vomissements ont cessé. La céphalalgie persiste.

*Prescription.* — 3 sangsues de chaque côté des reins. Les petits lavements d'eau fraîche que garde la malade sont continués.

Le 17. La malade urine davantage. Le mal de tête est moindre et se localise à la nuque. Le lait est facilement toléré. La bouffissure de la face reste visible.

*Prescription.* — 2 sangsues de chaque côté des reins.

Le 18. La céphalalgie est revenue plus vive que jamais, occupant toute la région de la nuque.

*Prescription.* — 3 sangsues de chaque côté des reins. Inhalations d'oxygène.

Le 19. Les sangsues ont amené une amélioration manifeste. Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

Le 21. Les maux de tête ont à peu près disparu. La malade est complètement désenflée.

Le 24. Les urines ne contiennent plus de traces d'albumine. (L'analyse a été faite chez cette malade, comme chez tous ceux qui ont suivi, par le procédé du verre à pied, ce dernier étant rempli aux trois quarts d'urine et l'acide nitrique étant versé avec précaution, le long de la paroi du vase).

La guérison se maintient. L'urine examinée au milieu de mai reste normale.

Observation II.

*Jeune fille de 17 ans. — Néphrite hémorrhagique. — Anasarque. — Mort le 11e jour entraînée par des accidents typhoïdes.*

Mlle G..., âgée de 17 ans, a la grippe à la fin de janvier 1890 et reste alitée 3 jours, avec de l'insomnie, des maux de tête et des douleurs dans les membres.

Huit jours après la guérison de la grippe, la céphalalgie frontale réapparaît et dure de 4 à 5 jours. L'appétit reste languissant.

17 février. Après avoir lavé du linge à la fontaine, la malade ressent des douleurs au creux épigastrique. Elle tousse un peu et pendant la toux, se plaint de la tête. Des vomissements alimentaires et bilieux surviennent. La figure devient bouffie. Néanmoins la malade sort encore le 19 février.

Le 21. — C'est la première fois que nous voyons Mlle G... Elle n'a pas rendu visite à Mme P..., qui fait le sujet de l'observation précédente. Elle nous avoue que ses urines contiennent du sang depuis le 18 février. La face est bouffie; on ne constate pas d'œdème des pieds. Pas de douleurs dans les reins ni d'envies fréquentes d'uriner. P. s. 118; T. s. 39,4.

Les urines sont rares, fortement albumineuses, et renferment des cylindres épithéliaux avec des globules blancs et des globules rouges déformés.

*Prescription.* — Régime lacté. Ventouses sèches sur les reins.

Le 22. La malade a saigné du nez. L'urine ne renferme plus que de rares globules sanguins.

Le 23. P. s. 132; T. s. 40,2. La malade transpire et est très oppressée. L'auscultation ne révèle pas de râles dans les bronches. Les jambes et les mains sont œdématiées.

*Prescription.* — 3 sangsues de chaque côté des reins. Toutes les 3 heures un lavement de 250 grammes suivant la méthode de Renault.

Le 24. La nuit est très agitée. Des douleurs sont accusées dans les reins et pendant la miction.

Les urines contiennent des cylindres granuleux en très grand nombre, des globules blancs, des globules rouges déformés et des microcoques. — P. s. 136; T. s. 40,1; R. s. 44.

Dans la soirée, les douleurs des reins ont disparu. L'oppression est vive. La malade ne vomit plus et n'a plus mal au creux épigastrique. Les douleurs à la miction ont cédé immédiatement. Sueurs. Pas de râles dans les bronches.

*Prescription.* — Inhalations d'oxygène, 3 sangsues du côté des reins.

Le 25. T. m. 40°; T. s. 40.8. Les vomissements n'ont pas reparu. Un délire léger se manifeste dans la nuit. La malade dort un quart d'heure. Les urines qui sont plus abondantes ont repris leur couleur normale. Vers le soir l'oppression diminue.

Le 26. T. m. 40,2.; T. s. 40,3. La nuit est très agitée.

Le 27. T. m. 40,5; T. s. 41,4. P. s. 134. Le délire est continu. Le ventre se ballonne. La rate est très hypertrophiée (matité de 10 centim. à la percussion). Le foie est douloureux. Sous l'action d'un lavement salin, il se produit une selle horriblement fétide, composée, avec quelques matières dures, de grumeaux jaunes qui deviennent roses à la lumière. Malgré le délire, la malade nous reconnaît.

Mais à partir de notre visite, elle tombe dans la torpeur et meurt dans la nuit.

Les urines examinées le dernier jour donnaient environ 9 gr. à l'albuminimètre d'Esbach (la quantité d'albumine dépassait la dernière division de l'instrument qui marque 7 gr).

Observation III.

*Jeune fille de 15 ans. — Anasarque. — Vomissements. — Diarrhée. Oppression. — Guérison le 14e jour.*

Mlle M... 15 ans, n'a pas eu la grippe et n'est pas allée voir les autres malades de Martignat.

17 février 1890. Elle va toute en sueurs boire de l'eau froide à la fontaine, et dès le même soir, a des vomissements et des maux de tête.

Le 18. La figure enfle. La malade ne se soigne pas.

Le 22. Les jambes enflent. Mlle M... a 3 selles diarrhéiques et des vomissements alimentaires.

Le 23. Des douleurs sont ressenties au creux épigastrique. Les maux de tête ont disparu, mais l'oppression est forte. L'auscultation ne révèle aucun symptôme morbide à l'examen de la poitrine. Les jambes et la face sont enflées, les urines sont rares. P. s. 140, R. s. 42; T. s. 39.

*Prescription.* — 3 sangsues de chaque côté des reins. Ventouses sèches. Lavements suivant la méthode de Renault. Régime lacté.

Le 24. La nuit est assez bonne, Mlle M... n'a pas mal aux reins; elle a saigné du nez. Le lait a été vomi deux fois. Les lavements sont mal gardés. L'oppression est moindre. La quantité d'urine émise dans les 24 heures est d'environ un verre. P. s. 132; T. s. 38,8.

L'urine est laiteuse et contient outre des quantités d'albumine, des microcoques isolés, réunis par chaînettes curvilignes en groupe de 5 à 6 ou disposés en amas irréguliers, animés de mouvements oscillatoires. On découvre en outre des bâtonnets, des cellules épithéliales, des globules blancs, des cylindres granuleux. L'examen microscopique avait en lieu peu après la miction, l'urine ayant été déposée dans un vase lavé avec soin.

Le 26. La figure désenfle, l'œdème des pieds persistant. La nuit est bonne.

Le 27. P. s. 116; T. s. 39°. L'anasarque a disparu.

2 mars. La malade est levée à notre arrivée. Elle a faim. La température est à 38°. L'urine ne contient plus que des traces d'albumine.

La guérison est complète les jours suivants.

Observation IV.

*Garçon de 21 ans. — Anasarque. — Guérison le 8e jour.*

G..., 21 ans, a la grippe au milieu de février 1890. Il en est guéri lorsque le 22 février, il ressent des douleurs de ventre et voit sa face bouffie. La jambe droite est œdématiée.

Le 26. Pas de maux de tête; malgré la bouffissure de la face qui est très apparente, les urines ne contiennent que des traces d'albumine.

*Prescription.* — Régime lacté.

L'enflure a complètement disparu le 1er mars.

Observation V.

*Garçon de 18 ans. — Accidents graves suite d'écart de régime. Guérison vers le 20e jour.*

Vern... 18 ans, traité par notre confrère, M. Clerc.

15 février 1890, il ressent des douleurs à la tête et à la gorge.

Le 24. La face est bouffie.

Le 27. L'urine contient 1 gr. 1/2 d'albumine (albuminètre d'Esbach), et au microscope, des globules blancs, des cellules épithéliales, de petits cylindres granuleux et des microcoques.

Le malade ne ressent pas de maux de tête. Il urine peu. P. s. 64; T. s. 38,8.

2 mars. Le malade est levé à notre arrivée. Il se dit guéri et se nourrit depuis le 28 février.

Le 7. M. Clerc nous annonce qu'à la suite de la suppression du régime lacté, ce jeune homme a présenté un anasarque considérable et de l'urémie dyspnéique. Le régime lacté a eu raison de ces accidents.

Le 12. Un nouvel examen d'urine donne encore 50 centigr. à l'albuminètre d'Esbach. Les urines sont envoyées à Lyon en vue d'un examen bactériologique.

Observation VI.

*Garçon de 16 ans. — Urémie convulsive, suite d'un écart de régime. — Guérison vers le 20e jour.*

Pal... Ver..., âgé de 16 ans, est traité par M. Clerc. Il a la grippe au milieu de février 1890.

22 février. La face enfle et la bouffissure augmente les jours suivants.

Le 27. Pas de maux de tête ni de douleurs dans les reins. Les urines contiennent de l'albumine, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales. P. s. 52; T. s. 37,2.

2 mars. — Le malade a mangé le 1er mars. Le 2 mars la bouffissure de la face augmente. Epistaxis. Maux de ventre.

A 5 heures du soir, accès d'urémie convulsive et M. Clerc, appelé en hâte, fait appliquer des sangsues.

L'urine contient 4 gr. d'albumine.

Le 3. La connaissance est revenue.

Le 12. Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

Observation VII.

*Garçon de 18 ans. — Bouffissure de la face. — Guérison en quelques jours.*

C... César, 18 ans, est soigné par M. Clerc. Il a la grippe au milieu de février 1890.

28 février. Douleurs dans le côté droit, fièvre, nuit agitée. La figure est bouffie.

2 mars. Les urines contiennent des traces d'albumine et de rares cylindres épithéliaux.

Guérison les jours suivants.

Observation VIII.

*Garçon de 18 ans. — Bouffissure de la face. — Guérison en quelques jours.*

C..., jeune homme de 18 ans, est soigné par M. Clerc. Il a la grippe au commencement de février 1890, et conserve depuis ce temps des douleurs vagues dans les côtés.

1er mars. Le malade tousse. La figure enfle. L'urine contient des traces d'albumine, des cylindres hyalins, granuleux, des cellules épithéliales, des globules blancs.

Le 2 Le malade est levé à notre arrivée. Il n'a pas de fièvre. La bouffissure de la face est peu prononcée.

Observation IX.

*Homme de 56 ans. — Anasarque. — Guérison en une huitaine de jours.*

G..., 56 ans, garde-forestier est soigné par M. Clerc. Il a la grippe en janvier 1890.

25 février. Sans cause apparente, il enfle de la face, des mains et des pieds. Epistaxis.

2 mars. La bouffissure de la face et l'œdème des pieds est moindre. Le malade n'a pas de fièvre.

Les urines ne contiennent que des traces d'albumine. Le malade est soumis au régime lacté.

Observation X.

*Femme de 32 ans. — Bouffissure de la face. — Guérison en quelques jours.*

Mme T..., 32 ans, a la grippe en février 1890.

Depuis le 3 mars, la face est bouffie; la malade est soumise au régime lacté par M. Clerc et continue sa besogne.

Le 7. L'urine renferme des traces d'albumine, des cellules épithéliales et des cylindres hyalins.

Observation XI.

*Fillette de 14 ans. — Angine. — Diarrhée et vomissements. — Néphrite hémorrhagique. — Guérison vers le 15e jour.*

H..., Joséphine, 14 ans, a mal à la gorge à la fin de février 1890. Elle est couchée depuis le 2 mars, avec la bouffissure de la face et des maux de tête. Les urines contiennent du sang.

Le 11. Le ventre est ballonné. La malade a de la diarrhée et des vomissements. Les urines contiennent du sang. P. 140; T. 39,6.

La malade est soumise au régime lacté.

Le 12. La jeune fille va mieux. M. Clerc nous fait parvenir de ses urines qui contiennent moins de sang.

Le 16. P. 108. La malade est levée à notre arrivée. Elle commence à se nourrir. Les urines ne contiennent plus de sang.

Des urines de cette malade ont été envoyées à Lyon, le 12 mars, au laboratoire de Clinique médicale, pour y subir des cultures microbiennes.

Observation XII.

*Jeune fille de 24 ans. — Bouffissure de la face. — Vomissements. — Guérison le 15e jour.*

Mlle P..., âgée de 23 ans, fille de la malade I..., vient nous consulter le 7 avril 1890.

Cette jeune fille, qui habite Lyon, est venue chez ses parents à Martignat, au milieu de mars. Elle a eu la grippe en janvier.

3 avril. Léger mal de gorge et douleur de tête. La figure devient bouffie, les nuits sont mauvaises.

Le 7. La malade ne souffre pas de douleurs dans les reins. Elle est légèrement oppressée. Pas de diarrhée ni de nausées.

Les urines contiennent de fortes proportions d'albumine. Nous soumettons la malade au régime lacté.

Le 9. Des vomissements se déclarent. Le lait est rejeté. La malade se plaint beaucoup de maux de tête.

*Prescription.* — Inhalations d'oxygène.

Le 10. Les vomissements ont cessé après les inhalations.

Le 15. L'urine contient de faibles traces d'albumine. Quelques jours plus tard. Mlle P... commence à se nourrir et quitte Martignat.

OBSERVATION XIII.

*Fillette de 3 ans 1/2. — Bouffissure de la face. — Oppression. — Guérison le 10e jour.*

P..., Berthe, âgée de 3 ans 1/2, le 7 avril 1890 souffre des reins et des côtés. La figure enfle. L'oppression est forte.

Le 12. On nous apporte des urines de l'enfant. Elles renferment 1 gr. d'albumine (appar. d'Esbach).

Nous conseillons le régime lacté.

T. m. 38,4; P. m. 160. L'enfant a été très agitée la nuit. On ne constate pas de rougeurs sur la muqueuse de la gorge, ni de râles dans les bronches.

*Prescription.* — Continuation du régime lacté.

Le 15. Amélioration. L'enfant commence à se nourrir les jours suivants.

Le 20. Les urines ne renferment plus de traces d'albumine.

OBSERVATION XIV.

*Jeune homme de 21 ans. — Angine. — Bouffissure de la face. Parotidite suppurée. — Guérison vers le 20e jour.*

G..., âgé de 21 ans est le frère de la malade II. En raison de la marche tout à fait spéciale de sa maladie, nous avons relegué son histoire à la fin des observations.

Le 21 février 1890, alors que sa sœur est malade depuis 4 jours, il s'alite avec la fièvre et le mal de gorge. Nous voyons le malade le même soir. La muqueuse de la gorge est rouge et offre l'aspect d'une vulgaire angine. La température est à 36,6. Nous ordonnons un vomitif et la guérison s'effectue le surlendemain.

Le malade se lève, mais présente derrière la branche montante du maxillaire inférieur du côté gauche, une tuméfaction fort douloureuse qui augmente lentement. Les mouvements de la mâchoire sont péniblement ressentis.

2 mars. La face est légèrement bouffie. Les urines contiennent de fortes traces d'albumine.

Le 3. T. m. 39,7; T. s. 39,7.

La déglutition est difficile. On observe un empâtement de toute la région parotidienne. Nous proposons une intervention chirurgicale qui est refusée.

Le 4. T. m. 38,4.

Le 5. T. m. 38,4.

Le 6. Nous restons sans nouvelle du malade.

Le 7. T. m. 38,3; T. s. 40°. Une sensation de fluctuation très nette est perçue au-dessous de l'angle de la mâchoire. L'opération est acceptée par la famille, et faute d'instruments nécessaires (le malade avait été vu par hasard) remise au lendemain matin.

Le 8. Nous pratiquons une incision parallèle à la branche de la mâchoire et au-dessous d'elle, au niveau de la fluctuation. L'aponévrose est débridée avec la sonde cannelée. Quelques cuillerées de pus s'écoulent à l'extérieur. Un tube à drainage est introduit et un pansement antiseptique appliqué après plusieurs injections d'eau phéniquée.

Le 9. Nuit très bonne. On change le pansement, et une nouvelle injection d'eau phéniquée est pratiquée par le tube à drainage. La sensibilité de la région malade a disparu.

Le 16. On retire le tube à drainage. Guérison rapide.

## THÉRAPEUTIQUE

### DU TRAITEMENT PAR LE SÉJOUR AU BORD DE LA MER CHEZ LES SCROFULEUX,

Par M. ISCOVESCO.

On a dit que la mer avait une action si marquée sur les tuberculoses locales, que ces affections ne s'observaient jamais ou presque jamais sur les marins. J'ai vu, à Berck, un enfant né et élevé au bord de la mer faire, à l'âge de dix ans, une coxalgie double. J'ai vu, chez des gens nés et élevés à Berck, à plusieurs reprises, des adénopathies tuberculeuses. A l'hôpital de Berck, on assiste au développement de tuberculoses locales, chez des enfants qui ne présentaient aucune lésion auparavant, ou bien chez des enfants qui avaient déjà une autre tuberculose locale. J'ai assisté, à l'hôpital de Berck, à l'effondrement d'une colonne vertébrale, après dix-huit mois de séjour, chez un enfant qui nous avait été envoyé avec une tumeur blanche du genou. Le mal de Pott s'était développé et avait évolué silencieusement à l'hôpital de Berck même.

Les rechutes de coxalgie sont fréquentes au bord de la mer. Il est très rare qu'une coxalgie y évolue sans qu'une ou deux rechutes viennent prolonger la durée de la maladie. J'ai observé récemment un enfant, guéri d'une coxalgie depuis deux ans, présenter, quinze jours après son arrivée, des cris nocturnes, de la douleur à la hanche, bref, une rechute bien caractérisée. La mère de l'enfant nous affirme d'une façon absolument catégorique qu'il y avait eu ni chute ni surmenage. Du reste, il suffit d'exercer quelque temps au bord de la mer, pour voir combien ce genre de rechutes est fréquent. Quant aux coxalgies en cours d'évolution, j'ai vu plusieurs cas d'enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière et ne présentant aucun phénomène douloureux, avoir bientôt des cris nocturnes et de la douleur le jour. Un coxalgique met en moyenne de trois à quatre ans pour guérir définitivement, à Berck. D'après M. le Dr Cazin, la durée moyenne du séjour des coxalgiques à Berck est de quatre cent cinquante-huit jours, et il ne faut pas oublier que presque toutes les coxo-tuberculoses de Berck datent déjà d'au moins un ou deux ans. La mer ne semble donc pas même avoir une influence favorable sur la durée de la maladie.

D'après les statistiques du Dr Cazin, sur 619 cas de coxalgies soignées à Berck, il n'y a eu que 397 guérisons, c'est-à-dire 64 0/0, chiffre qui est vraiment peu satisfaisant. Et encore, combien parmi les enfants renvoyés comme guéris de Berck, n'en retrouve-t-on pas quelques mois après dans les services de Paris. La mer n'a même pas une action manifeste sur les abcès secondaires, ceux-ci se produisant à Berck aussi fréquemment que n'importe où.

La mer n'a aucune action sur les ostéites ou ostéopériostites. « Il faut, dit mon savant maître, le Dr Cazin, que la plupart du temps la chirurgie intervienne et enlève la portion « d'os malade.» Il est vrai cependant qu'une fois l'intervention faite, le séjour des enfants au bord de la mer rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison en améliorant l'état général.

Pour les *gourmes* et *abcès froids* la mer n'entraîne jamais leur guérison. « Il faut, dit le Dr Cazin, que la chirurgie

« vienne par l'ouverture, le raclage et la cautérisation, pur-« ger les tissus des fougosités tuberculoses. » Le *lupus* est presque toujours aggravé. Les *engelures*, que mon maître, le Dr Cazin et moi, avons prouvé être souvent des ulcérations tuberculeuses, ne sont pas enrayées par le séjour au bord de la mer et s'y montreut aussi tenaces qu'ailleurs.

Pour les *adénites*, la proportion des guérisons est de 75 0/0, d'après le Dr Casin. Dans ce chiffre reutreut le grand nombre des adéuites qui guérissent n'importe où, sans traitement. Et eucore, à l'hôpital de Berck, ou intervient le plus sonvent possible. Le chiffre est donc absolument insuffisant, surtout avec une moyenne de séjour de 449 jours. Les résultats que donne donc le traitement maritime sont absolument insuffisants. On a le droit de demander ce que seraient ces résultats sans l'interventiou de l'émiuent chirurgien qui est placé à la tête de l'hôpital. Je suis convaincu que bon nombre des guérisons sont dues au moius autant au bistouri du Dr Casin qu'à la mer.

Il est cependant deux cas où la mer fait merveille :

1° Le rachitisme ;

2° Le lymphatisme sans lésious tuberculeuses actuelles.

Je crois douc pouvoir, dès mainteuant, formuler les indications du traitement marin de la façon suivante :

1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des teudances inflammatoires;

2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois ; à partir de ce momeut l'augmentation de l'appétit disparaît et les enfants retombeut dans l'état antérieur à leur arrivée.

Peut-être obtiendrait-on des résultats plus favorables qu'à Berck, sur une plage où il y aurait de la végétation et où on ne pourrait, pour ainsi dire, exposer les enfants à un air moins mitigé.

## REVUE DE THERAPEUTIQUE
### ET DE PHARMACOLOGIE

I. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU GROUPE PHARMACOLOGIQUE DE LA COCAINE, par le Dr E. POULSSON. (*Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, T. XXVII, fasc. 4 et 5, p. 301, 1890.)

II. — ETUDES SUR LA SÉRIE DE LA COCAINE, par le prof. EHRLICH, (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 32, p. 717.)

III. — RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU TRIONAL ET DU TÉTRONAL, COMBINAISONS SULFONÉES POLYÉTHYLÈES, par les Drs KAST et RUMPEL. (*Ibidem*, p. 32.)

I. — Les recherches de la chimie contemporaine nous ont conduit à considérer la cocaïne comme un alcaloïde qui, à l'instar de la vératrine, de l'atropine, de l'acouitine, de la pipérine, résulte de la combinaison d'un acide avec une base aromatique. En désignant par cocayl, $(CH^3)AzC^5H^7$, un grouppement atonique qui se retrouve dans une série de produits dérivant de la cocaïne, celle-ci peut être considérée comme résultant du cocayl soudé à de l'acide oxypropionique, l'hydroxyle ayant été éthérifié dans ce dernier par le radical benzoyle, et le carbouyle par le radical méthyle; d'où le nom de *benzoyloxyacétate de cocayl*, attribué à la cocaïne.

Il était intéressant de rechercher si les dérivés homologues de la cocaïne jouisseut des mêmes propriétés physiologiques que cet alcaloïde. M. Poulsson a entrepris cette recherche pour trois homologues de la cocaïne, trois éthers dérivant de celle-ci par substitution des radicaux méthyle, éthyle et propyle dans l'acide benzoïque, et auxquels il a donné les noms de *homométhincocaïne, homoéthincocaïne, homopropincocaïne*.

Les expériences ont été faites sur des chiens, des chats et des grenouilles. Voici textuellement les résultats annoncés par M. Poulssou :

L'anesthésie locale et les effets généraux que produit la cocaïne vulgaire ne subisseut pas de modifications essentielles, lorsque, dans la molécule de la cocaïne, ou substitue au groupe de l'acide oxypropionique, le groupe de l'acide oxyacétique, et lorsqu'on éthérifie ce dernier à l'aide du méthyle, de l'éthyle ou du propyle.

Une autre question étudiée par l'auteur était de savoir si le cocaylbenzoyloxyacétique ou benzoylhomoecgonine possède les propriétés caractéristiques de la cocaïne. Il s'est fait voir que les solutious (5 0/0) de la substance même ou de sou chlohydrate, déposées sur la langue, ne produiseut pas le moindre effet anesthétique, et que, instillées dans l'œil d'un animal, elles ne produisent pas davantage un effet mydriatique.

Déjà Filehne s'était préoccupé de savoir quel est, des différents principes constituants de la molécule de cocaïne, celui auquel revient l'action locale de cette substance. Partant de cette notion que l'atropine est douée d'une faible action anesthésique locale, et que l'acide amygdalique, iutermédiaire eutre l'acide tropaïque et l'acide benzoïque, possède cette action à un degré plus considérable, Filehne a expérimenté la benzoyltropine, et il a constaté, conformément à ses prévisious, que cette substance est un anesthésique local trés énergique. D'autres expériences faites avec les dérivés benzoyliques de différentes bases (morphine, hydrocatarmine, quinine ciuchonine etc.,) ont moutré que tous ces dérivés étaient doués d'une action anesthétique locale plus ou moins prononcée. M. Filehne en a conclu, sous toutes réserves, que c'est le groupe beusoylique qui, dans la molécule de la cocaïne, est par excellence le principe efficace.

Or, la benzoyl homoécgonine, et la benzoylecgonine sont dépourvues de toute action anesthésique locale, tandis que les éthers alkyliques des benzoyloxyacétate et benzoyloxypropionate de cocayl paralysent les terminaisons des nerfs sensitifs. Donc l'éthérification joue un rôle considérable dans l'action anesthésique local de la cocaïne, rôle qu'on a attribué à tort au groupe benzoyle. Les recherches de Poulssou out démoutré, en fin de compte, que lorsqu'on élimine de la cocaïne le radical alcool qui représente le principe éthérifiant, l'action anesthésique locale et les symptômes de l'intoxication générale développés par les produits ainsi obteuns sont modifiés, en même temps que se trouve atténuée, surtout chez les mammifères, la toxicité de ces produits.

Dans un autre chapitre, l'auteur s'est occupé de la cocaïne dextrogyre, obtenue en chauffant la cocaïne ordinaire, levogyre, au contact d'un alcalin. Puis il a dressé un tableau d'ensemble des dérivés de la cocaïne, connus présentement.

II. — Les recherches de M. Ehrlich sont du même ordre que celles dont il vieut d'être rendu compte. Tout d'abord l'auteur a étudié la toxicité de la cocaïne chez les souris. L'alcaloïde du coca était administrée aux animaux dans des gâteaux anglais (Albert Cakes). Il s'est fait voir que la cocaïne a une toxicité très prononcée, supérieure à celle de la plupart des alcaloïdes connus (morphine, atropine, pilocarpine). Une souris qui avait absorbé 1 centigramme de cocaïne était dans état très grave, au bout de vingt-quatre heures. Une autre était à l'agouie, après avoir absorbé une dose double, laquelle dose a causé la mort d'un troisième animal. Une quatrième souris a succombé également, aprés avoir absobé 3 centigrammes de cocaïne.

Les tentatives faites pour habituer les souris à la cocaïne, en leur administrant des doses d'abord très faibles puis progressivement croissantes de cocaïne, ont échoué.

Un des animaux en expérience, après avoir absorbé de la cocaïne pendant trois semaines, était dans un état qui rappelait le cocaïnisme chronique. L'animal se mit à rouger la peau de son arrière-train, de telle sorte qu'en très peu de temps toute la cuisse droite jusqu'au genou était à nu.

Ce qui frappait à première vue, à l'autopsie des animaux qui ont succombé, c'était un accroissement considérable du volume du foie, en rapport avec une infiltration séreuse de l'organe qui était en outre très ischémié. A l'examen microscopique on découvrait les formes les plus variées de dégénérescence cellulaire, mais surtout la forme *vacuolaire*. Les autres organes ne présentaient rien de caractéristique.

M. Ehrlich s'est proposé ensuite de résoudre la question de savoir s'il faut l'intervention de tous les groupes constituants de la mollécule de cocaïne, pour produire ces altérations caractérisées surtout par la dégénérescence vacuolaire, ou si certains de ces principes constituants suffisent pour produire ce résultat.

On considère généralement comme substance mère de la cocaïne, l'ecgonine, qui d'après Einhorn serait un cocayl soudé à de l'acide oxypropionique. M. Ehrlich, pour la seconde série de ses recherches, a employé la benzoylecgonine et la méthylecgonine, dérivés de l'ecgonine intermédiaires entre celle-ci et la cocaïne. Il a constaté que la toxicité de ces deux substances est environ 20 fois moindre que celle de la cocaïne, et que loin de produire les altérations hépatiques dont il a été question plus haut, elles déterminent l'atrophie du foie.

Par contre, les dérivés de la cocaïne obtenus en substituant dans la benzoylecgonine d'autres radicaux d'alcool au méthyle du groupe carboxylique — la cocaéthyline, la cocopropyline, l'isopropyline et, la cocoïsobutyline — ont manifesté une toxicité égale à celle de la cocaïne, et de plus ont produit les mêmes altérations hépatiques que cette dernière, chez les animaux intoxiqués.

M. Ehrlich conclut que ces altérations hépatiques constituent un critérium de plus grande valeur que le pouvoir anesthésiant, pour ce qui concerne les corps du groupe cocaïne. La première réaction (dégénérescence vacuolaire du foie) doit être attribuée à ce que la cellule hépatique possède une affinité spéciale pour les corps de la série chimique de la cocaïne. Cette affinité consiste en ceci que les cellules du foie absorbent ces corps dans leur masse avant les autres parenchymes, et subissent ainsi les altérations susdites. L'action anesthésiante, qui ne se rencontre que dans certains corps de la série cocaïnique, paraît être en rapport avec la présence de certains radicaux acides dans la molécule de la cocaïne.

D'autres expériences ont démontré que la présence du radical de l'acide lactique n'est pas indispensable dans le groupe moléculaire de la cocaïne, pour que celle-ci conserve ses propriétés essentielles; ce radical peut être remplacé par des homologues supérieurs et inférieurs, sans que pour cela la réaction biologique (altération du foie) soit modifiée.

III.— Baumann et Kast ont publié récemment (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, t. XIV, fasc. 1) les résultats d'une série de recherches ayant eu pour objet l'étude des effets physiologiques d'un certain nombre de combinaisons sulfonées et disulfonées, dans leurs rapports avec la constitution chimique de ces corps. Ces recherches ont mis en lumière un fait très intéressant: c'est que l'action physiologique des différentes combinaisons disulfonées est liée aux groupes éthylés qu'elles renferment, le groupe $SO^2$ étant sans influence à cet égard; c'est qu'il existe un rapport défini, quantitatif, entre la constitution chimique (richesse en groupes éthylés) de ces combinaisons et leur action physiologique étudiée sur des animaux. En d'autres termes, chez le chien, l'action hypnotique des disulfones augmente, entre de certaines limites, proportionnellement au nombre des groupes éthylés qui entrent dans leur constitution. Or, depuis les premières expériences faites avec le sulfonal, on sait que cette substance ne produit pas les mêmes effets physiologiques chez l'homme et chez le chien.

Cela étant, MM. Barth et Rumpel se sont donné pour tâche de rechercher quels effets produisent chez l'homme certaines des combinaisons disulfonées dont l'action physiologique a été étudiée sur les animaux par Baumann et Kast. Ils ont expérimenté avec le *diéthylsulfonméthyléthylméthan* ou trional, et avec le *diéthylsulfondiéthylméthan* ou tétronal.

Ces expériences ont été faites sur des sujets qui présentaient des vairétés d'insomnies connues pour être justiciables du sulfonal. Le tétronal a été expérimenté sur 30 malades, en tout soixante-quatorze fois. L'effet somnifère a été obtenu soixante-cinq fois. La dose quotidienne maxima a été de 4 grammes. Il n'y a jamais eu d'effets secondaires fâcheux.

Le nombre des expériences faites avec le trional a été de 72, chez 40 malades. L'effet somnifère a été obtenu 64 fois. La dose quotidieune maxima a été également de 4 grammes, la plus forte quantité donnée en une fois a été de 3 grammes. Quelques malades se sont plaints d'abattement et de somnolence au réveil.

Les essais faits avec le tétronal et le trional, chez 23 alcooliques en proie au delirium tremens, ont donné des résultats tout aussi négatifs que ceux qu'on avait obtenus précédemment avec le sulfonal.

En somme, la théorie laissait prévoir que pour obtenir des effets hypnotiques égaux à ceux d'une dose déterminée de sulfoual, il faudrait la moitié moins de tétronal et un tiers en moins de trional; ces prévisions ne se sont pas réalisées. L'expérience clinique a moutré qu'il fallait prescrire les trois médicaments à la même dose, pour obtenir des effets hypnotiques équivaleuts. Elle n'a pas fourni de donuées précises sur les indications spéciales de ces trois hypnotiques. Les expériences de Barth et Rumpel ont simplement donné lieu aux constatations suivantes :

Le tétronal a produit 14 fois des effets supérieurs à ceux du sulfoual, six fois des effets équivaleuts, 4 fois des effets inférieurs.

Pour le trioual les effets ont été supérieurs 17 fois, équivalents 6 fois, inférieurs 7 fois.

*(A suivre.)*

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par F. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy et J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la même faculté.—Tome I : *Maladies de la tête*. — 1 vol. in-8°. — (J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1890).

Ecrire un livre destiné à initier le débutant dans l'étude des diverses branches de la médecine et à donner au praticien, sous une forme condensée, l'état actuel de telle ou telle question, voilà le but que s'était depuis longtemps proposé le sa-

vant professeur de la Faculté de Nancy. Il avait espéré faire œuvre absolument personnelle, véritable reflet de ses idées et de son enseignement, mais, pour accomplir une tâche pareille, il fallait plus de temps que ne lui en laissaient ses occupations habituelles. Le domaine des connaissances est si étendu, les acquisitions de tous les jours sont si nombreuses, que pour présenter un ouvrage entièrement au courant, il faut le publier en une période fort courte. Cette raison l'a déterminé à faire appel à la collaboration précieuse et empressée de deux de ses anciens élèves et chefs de clinique qui, aujourd'hui agrégés de la Faculté, ont bien voulu écrire les chapitres traitant des questions pour lesquelles ils se sentaient particulièrement des aptitudes. On peut se rendre compte, en feuilletant le premier volume, du soin mis à sa rédaction : les opérations les plus récentes, l'état actuel de la thérapeutique y sont résumés aussi complètement que possible, et il n'est pas jusqu'aux indications bibliographiques, qui n'aient été soigneusement vérifiées, afin de faciliter le travail de ceux qui désireraient approfondir plus avant telles ou telles questions.

Ces nouveaux éléments supposent connue la pathologie générale. Nous estimons qu'il eut été préférable de s'occuper tout d'abord de celle-ci ou tout au moins de la traiter, si faire se pouvait, d'une façon concomitante. Si l'évolution continue et rapide de la science se trouve dans un état de rénovation incessante, cette rénovation vise tout autant, pour le moins, la pathologie générale que la pathologie spéciale qui n'est elle-même que l'application constante des principes de la première.

Ces réserves faites, nous devons reconnaître la haute valeur de l'œuvre des professeurs de Nancy.

Sur quoi appellerions-nous maintenant l'attention du lecteur? Tout serait à citer, tant les chapitres traitant des maladies du crâne et du cerveau, de la face en général, de l'appareil de l'olfaction de la bouche et de ses dépendances, dus à la plume de M. Gross, que ceux de l'appareil de la vision et de l'audition où M. Rohmer a voulu se spécialiser.

L'ouvrage doit être complet en trois volumes, M. Vautrin dont nous n'avons pas parlé, se limitera, suivant le plan adopté dans le second, à l'étude des maladies du cou et de l'abdomen et, dans la troisième, à celle des maladies des membres inférieurs.

Il ne nous reste en dernier lien qu'à formuler le vœu de voir l'œuvre prochainement terminée. Que les auteurs évitent l'écueil dans lequel tombent malheureusement trop souvent ceux qui entreprennent la publication de traités didactiques, dont les livraisons pressées au début, se font ensuite si rares que le silence produit autour d'elles décourage l'étudiant et le praticien au point que la question de l'achèvement du travail lui-même est fortement mise en doute.

CH. AMAT.

DIAGNOSTIC DES MALADIES CHIRURGICALES, par le professeur ALBERT (de Vienne) traduit par les Drs THIRIAR et LAURENT, — in-8. (A. Marceaux, éditeur, Bruxelles, 1890.)

Etudier les symptômes des affections chirurgicales, les présenter avec leurs particularités, leurs modes d'évolution, leurs groupements variés, tel est le but que s'est proposé le savant professeur de Vienne. Et son choix n'a pas porté sur telle ou telle maladie à l'exclusion de telle ou telle autre, mais sur le domaine presque entier de la chirurgie. Ses principaux chapitres traitent en effet des lésions du crâne, du cerveau et de leurs suites immédiates ; du tic douloureux de la face ; des tumeurs du thorax et des seins ; des luxations du coude et des fractures de la région ; des abcès du ventre ; des hernies en général ; des maladies du rectum ; des processus inflammatoires de la hanche. . . . . . . . . . .

En présence de l'extrême difficulté qu'il y aurait à présenter une analyse véritable de chacun des nombreux sujets abordés, il est préférable d'insister un peu plus longuement sur certains d'entre eux afin de faire concevoir le plan de l'ouvrage et permettre de mieux apprécier les ressources qu'il renferme.

La première étude est consacrée aux *attitudes anormales de la tête et aux maladies qui y donnent lieu.* L'idée dominante du maître est ici, comme partout, de fournir à ceux qui le lisent, les données nécessaires à la pratique d'un fructueux examen et à l'établissement d'un juste diagnostic. Voici une position vicieuse que corrige une simple pression manuelle : il faudra songer à la paralysie d'un groupe musculaire, si, l'intervention cessant, la tête reprend sa première situation. Dans un autre cas, la correction n'est plus tout aussi facile en raison de l'existence de lésions musculaires, osseuses ou articulaires, d'abcès, de fistules, de douleurs..... c'est de l'analyse de ces différents symptômes que l'on pourra conclure à l'existence d'un simple torticolis, d'un rhumatisme vertébral ou d'un mal de Pott cervical. S'agit-il de ces traumatiques? C'est en tenant un sérieux compte des qualités de l'attitude vicieuse que l'on pourra reconnaître la fracture de la luxation et distinguer les différents degrés de cette dernière.

Pour le diagnostic *des tumeurs abdominales les plus importantes*, il faut d'abord se baser sur l'aspect extérieur : le ventre étant, par exemple, élargi et non arrondi dans l'ascite ; sur la matité, celle-ci ne dénotant, il est vrai, que l'absence de l'air, sur la palpation, démontrant par l'existence ou l'absence de la fluctuation que l'on a affaire à un produit liquide ou solide ; sur les limites des zones tympaniques ou mates, les contour de cette dernière, convexes en haut et unilatéralement permettant de présumer que le liquide est contenu dans une poche, qu'il est enkysté. La percussion aidera encore à délimiter la région de l'estomac et à prouver l'indépendance de celle-ci avec le néoplasme. Si l'on veut différencier un kyste ovarique d'une tumeur rénale, on se rappellera que cette dernière, placée derrière le péritoine à la région lombaire s'accroît d'arrière en avant et de haut en bas, en repoussant les intestins tandis que la tumeur ovarienne se place au devant d'elle, qu'enfin les productions pathologiques des reins s'accompagnent de troubles dans la miction, d'hématurie, d'albuminurie, de coliques.

Les quelques détails qui précèdent ne peuvent donner qu'une très faible idée de la valeur du livre de l'éminent professeur : clairement écrit, sagement pensé, longuement mûri, il reflète les brillantes qualités et reste l'écho de l'enseignement si apprécié du chirurgien viennois.

CH. AMAT.

LA CHIRURGIE DU SINUS SPHÉNOMAL par BERGER — (O. Doin, éditeur, Paris, 1890.)

La céphalalgie intermittente, le blépharospasme, le larmoiement, le rétrécissement du champ visuel, la photophobie, sont symptomatiques d'une lésion du sinus sphénoïdal. S'agit-il d'une inflammation catarrhale aiguë ou chronique, de la rétention des produits sécrétés, d'une carie, d'une nécrose, de la présence d'une tumeur? Il n'est pas toujours très aisé de le dire. On est toutefois autorisé à pratiquer l'ouverture du sinus, dans les cas de processus maladifs chroniques du nez, lorsque les méthodes de traitement n'ont même pas réussi à

soulager le patient ou encore lorsqu'il convient de prouver l'existence d'une tumeur et d'en déterminer la nature.

Trépanera-t-on par la cavité naso-pharyngienne, par l'orbite, par les cellules ethmoïdales ? chacun de ces procédés a ses indications bien que la faveur reste surtout acquise à celui qui va à travers le nez, près de la cloison, à la hauteur du cornet moyen, en perforant, à l'aide d'un stylet, les osselets de Bertin.

Ch. Amat.

Contribution au traitement de la sclérose auriculaire, par le Dr Lœwenberg. — (in *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 22, 1889).

La sclérose auriculaire est d'un sombre pronostic en raison des surdités graves et souvent incurables qu'elle détermine. Accompagnée presque toujours de bourdonnements, de vertiges elle peut conduire à la longue, à la mélancolie et même au suicide. La trompe d'Eustache ne présente ici ni enflure, ni sécrétion exagérée ; il n'y a donc ni obstruction à vaincre, ni mucus à chasser et cependant l'insufflation s'impose si l'on veut combattre l'affection par l'emploi de vapeurs ou de liquides médicamenteux. La précaution à prendre, pour restreindre la tension que pourrait subir la membrane du tympan consiste à faire obturer les oreilles avec les doigts pendant le cathétérisme.

L'auteur appelle l'attention, en terminant, sur un symptôme qui lui parait caractéristique de la sclérose, il consiste dans l'impression de chaleur et même de douleur que les malades perçoivent à la suite d'une insufflation d'éther alors que, dans les mêmes conditions, une véritable impression de froid est attestée par les personnes atteintes de toute autre maladie de l'oreille.

Ch. Amat.

Les progrès de l'art dentaire. — Historique et description de l'art du dentiste, par A. Tayac. — 1 vol. in-16, avec 59 figures (J.-B. Baillière, Paris, 1890).

Ce petit livre, destiné à vulgariser dans les familles les connaissances utiles relatives à l'art dentaire. contient des conseils pratiques sur l'hygiène de la bouche, la description de l'évolution des dents, les précautions à prendre pour assurer à ces dernières leur emplacement normal à la sortie des maxillaires et, en cas de position vicieuse, les moyens de redressement à leur opposer. Au sujet de la carie et de son traitement il expose les divers procédés d'obturation, en préconisant tout particulièrement les aurifications adhésives et cohésives. Viennent ensuite des indications sur la prothèse, sur la prise des empreintes, sur les dents artificielles, sur la nature des substances qui entrent dans leur composition.

L'auteur a écrit pour le grand public, on s'en aperçoit dès les premières pages. Nous eussions préféré, nous médecin, ne pas voir figurer dans son livre le fac-simile de sa bouteille d'élixir dentifrice, de sa boîte de pâte dentaire, de ses variétés de brosses, qui rappelle le côté commercial et remet un peu trop en mémoire les phrases sacramentelle : évitez la contrefaçon !

Ch. Amat.

Un cas de sarcome ossifiant de la choroïde. — Étude clinique et anatomique, par A. Ducamp, (in *Montpellier médical*, juin 1889).

L'auteur rapporte une observation de sarcome ossifiant de la choroïde prouvé par l'examen microscopique. Il établit le diagnostic différentiel que l'on pût faire avant l'énucléation d'une irido-choroïdite ou d'une tumeur intra-oculaire, d'un sarcome ou d'un gliome ; on se basa pour éliminer ce dernier sur ce qu'il ne s'observe guère que chez des enfants ou tout au moins au-dessous de 20 ans et le sujet en question touchait presque à la quarantaine. Le pronostic doit être tenu pour si grave qu'une récidive survenait moins de cinq mois après la pratique d'une opération radicale et complète.

Ch. Amat.

De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse ; étude critique et statistique, par G. Maurange. (Steinheil, éditeur, Paris, 1889).

Il paraît certain que l'intervention chirurgicale améliore souvent et guérit parfois la péritonite chronique tuberculeuse ; c'est ce qui ressort des soixante et onze observations rapportées par l'auteur, avec 83,09 0/0 de succès, dont près de la moitié 39,43 0/0 à titre définitif; et des faits tout récemment signalés à la société de chirurgie. Mais comment agit-elle? Est-ce en favorisant l'évolution du tubercule; en préparant par l'évacuation des ptomaïnes la regression spontanée de la lésion; ou bien n'a-t-on affaire dans ces cas, comme tendrait à le croire Terrier, qu'à des granulations de nature non bacillaire? Cette fin de non recevoir ne saurait être récusée, le cas échéant, que par la pratique de l'inoculation ; quoiqu'il en soit l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque le traitement médical est insuffisant, lorsque la gravité des accidents ne connait plus l'expectation, exception faite toutefois pour les cas constatés de généralisation. Elle peut s'exercer, soit par la ponction suivie d'injection modificatrice, soit par la laparotomie avec lavages antiseptiques, raclages et applications d'iodoforme, avec ou sans drainage.

Excellent travail qui a pour but non d'édifier des théories ou d'émettre des hypothèses mais, comme le dit l'auteur, de « mettre la question au point. »

Ch. Amat.

## BULLETIN

### La natalité française. — L'effort intellectuel et les hautes altitudes.

Si nous revenons encore une fois sur cette grave question de la dépopulation de la France, c'est pour montrer que l'accord n'est pas facile quand il s'agit du choix des moyens les plus propres à modifier un état de choses qui intéresse la vitalité même de notre pays. Cherchant à cette question une solution réellement pratique, les deux orateurs qui se sont succédé à la tribune de l'Académie, MM. Javal et Lagneau, ont indiqué chacun à leur manière la voie qui leur paraît la meilleure pour l'obtention du but désiré. M. Lagneau a cru devoir maintenir ses précédentes conclusions, qui découlent ellesmêmes de son consciencieux travail. Ainsi en ce qui concerne l'obligation du service militaire, ce n'est pas la limitation de cette obligation à un certain nombre d'enfants par famille qui lui paraît désirable : c'est bien plutôt la diminution de la durée du temps passé sous les drapeaux. En réduisant cette durée à 3 ans, on permettrait aux jeunes gens de rentrer de bonne heure dans la société civile et par là même on leur donnerait le temps de préparer leur carrière et de contracter mariage à l'âge de la pleine puissance prolifique de l'homme. Le conseil d'imposer aux adolescents, pendant les années de collège, des exercices physiques variés qui seraient comme un entraînement anticipé à la vie militaire, peut être considéré comme le corollaire de la précédente proposition.

Il y aurait aussi d'importantes réformes à introduire dans les lois fiscales, de plus en plus onéreuses, qui pèsent sur les objets de première nécessité et constituent par la même un sujet de graves préoccupations pour les individus chargés d'une famille tant soit peu nombreuse. Le projet d'impôt sur les célibataires, qui a soulevé tant de récriminations et fourni matière à tant de plaisanteries, apparaît pourtant comme une mesure équitable, car s'il n'atteint pas son but immédiat qui est de diminuer le nombre de ceux qui évitent le mariage, du moins il pourrait fournir une ressource importante pour l'éducation des enfants abandonnés, produit ordinaire des unions illégitimes. Les célibataires contribueraient ainsi directement, et en quelque sorte à leur insu, à élever les générations qui naissent et grandissent sous leurs yeux.

On ne peut nier qu'il y ait dans ces propositions de M. Lageau, un côté pratique et immédiatement applicable bien propre à frapper l'esprit du législateur et à entraîner son adhésion. Malheureusement, en pareille matière, il y a loin de la conception à la réalité, et nous sommes fondés à croire que les réformes indiquées par l'honorable académicien, si fortement motivées qu'elles puissent être, attendront longtemps encore un commencement d'exécution. Le préjugé, la routine, l'intérêt personnel et l'égoïsme feraient naître devant l'application des obstacles presque insurmontables.

— La plupart des journaux scientifiques ont reproduit intégralement la relation du voyage scientifique exécuté par M. Janssen sur la cime du mont Blanc. Il y a dans ce captivant récit, certaines remarques à relever qui intéressent particulièrement le physiologiste, parce qu'elles éclairent d'un jour inattendu une question encore étudiée, celle de l'altitude sur les fonctions intellectuelles de l'homme. Il a fallu le voyage de M. Janssen, entrepris dans des conditions vraiment nouvelles, pour donner la mesure de l'importance de cette question et en même temps pour lui fournir une réponse décisive. La plupart des ascensionnistes qui ont gravi les sommets des hautes montagnes, ont constaté sur eux-mêmes que l'énergie intellectuelle et l'aptitude au travail de l'esprit diminuent au fur et à mesure des progrès de l'ascension, si bien qu'il arrive un moment où la fatigue cérébrale l'emporte et toute conception suivie devient impossible. Or, durant tout le temps que sa périlleuse excursion a duré, M. Janssen a conservé intacte la netteté de ses idées et sa faculté de travailler. Et il n'hésite pas à attribuer ce résultat remarquable aux dispositions prises à l'avance et qui lui ont épargné tout effort musculaire et toute fatigue physique pendant l'ascension. Venant d'un savant aussi consciencieux et dont l'opinion fait autorité en bien des sujets, cette interprétation doit être considérée comme l'expression exacte de la vérité. D'ailleurs elle est confirmée par l'expérience des aéronautes qui, dans plus d'une circonstance, ont pu s'élever à des hauteurs de 6,000 à 7,000 mètres, c'est-à-dire à une altitude très supérieure à celle du mont Blanc, sans éprouver de malaise sérieux ni même appréciable. En supprimant toute fatigue pendant son voyage scientifique, M. Janssen a réalisé une expérience tout à fait comparable à celle des voyages en ballon.

On peut encore, des remarques de M. Janssen, tirer une conclusion générale applicable à l'explication de ce qu'on a appelé le *mal des montagnes*. Les troubles divers, le malaise si pénible que l'on désigne sous ce nom, reconnaissent une origine complexe et la théorie ancienne qui les attribue exclusivement à la raréfaction de l'air et à la diminution de pression atmosphérique doit désormais être considérée comme insuffisante. Il faut accorder un rôle au moins aussi important à la fatigue résultant de l'effort nécessaire pour gravir des chemins difficiles et des pentes escarpées, et c'est pourquoi les excursionnistes qui entreprendront à l'avenir l'escalade des hautes montagnes dans un but purement scientifique, devront suivre l'exemple de M. Janssen et ménager leurs forces physiques s'ils veulent garder intacte leur vigueur intellectuelle.

P. Muselier.

## NOUVELLES

**Prescription des antiseptiques par les sages-femmes.** — « Paris, le 10 septembre 1890.

« Monsieur le Préfet, à diverses reprises, l'attention du Gouvernement a été appelée sur des épidémies graves de fièvre puerpérale survenues dans la clientèle de certaines sages-femmes. Grâce aux progrès de la science, il a été possible de déterminer les causes de ces épidémies. De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont permis, en outre, d'établir que le moyen le plus certain pour éviter ture les accidents d'infection puerpérale consiste dans l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques. Mais la plupart des agents antiseptiques ont pour base des substances vénéneuses dont la vente, aux termes de l'article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Les pharmaciens ne peuvent donc, sur l'ordonnance des sages-femmes, délivrer des médicaments de cette nature.

« Préoccupé de cette situation, le Gouvernement a soulevé la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'autoriser les pharmaciens à délivrer des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme.

« Cette question a été soumise à l'Académie de médecine qui a adopté les conclusions suivantes :

« 1° Il est indispensable de permettre aux sages-femmes « l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales ;

« 2° Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les «sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique dont la dose sera toujours la même ;

« 3° En outre, il est nécessaire que les sages-femmes aient « à leur disposition une substance antiseptique destinée à « enduire leurs mains et leurs intruments. »

« Le choix de l'Académie s'est porté sur le médicament le plus actif, le *bichlorure de mercure* ou *sublimé corrosif*.

« Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a voté les mêmes conclusions que l'Académie de médecine.

« En présence des avis conformes de ces deux assemblées j'ai présenté, le 9 juillet 1890, à la signature de M. le président de la République un décret qui, en dérogation à l'article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 et au décret du 8 juillet 1850 sur la vente des substances vénéneuses, permet aux pharmaciens de délivrer aux sagesfemmes diplômées des doses de sublimé corrosif préparées dans les conditions déterminées au décret d'autorisation.

« Je vous adresse ci-joint une copie de ce document et vous invite à en insérer les dispositions dans le recueil des actes administratifs de votre préfecture. Il importe en effet de leur donner toute la publicité possible et de signaler, en même temps, aux sages-femmes exerçant dans votre département, l'intérêt considérable que présente, pour la protection de la santé des femmes en couches, l'emploi des méthodes antiseptiques.

« Veuillez m'accuser réception de la présente circulaire.

« Recevez, Monsieur le Préfet, etc.

« H. MONOD. »

DÉCRET DU 9 JUILLET 1890

« Le président de la République française, sur le »
« Rapport du ministre de l'Intérieur, vu, etc. »

« Décrète :

« Article premier. — Les pharmaciens sont autorisés à délivrer, pour l'usage de la médecine, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

« Cette vente aura lieu exclusivement suivant les formules ci-après :

Formule A. — Sublimé corrosif. — 25 centigrammes.
Acide tartrique. — 1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 0/0. 1 goutte.

Formule B. — Vaseline au sublimé à 1 0/0. — 30 grammes.

« Chaque paquet contenant la poudre *formule A*, chaque flacon ou pot renfermant la *formule B*, portera l'étiquette rouge-orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe, avec la mention suivante écrite ou imprimée :

Formule A.
SUBLIMÉ CORROSIF
25 centigrammes
*pour un litre d'eau.*
POISON

Formule B.
VASELINE
AU SUBLIMÉ CORROSIF
à 1 0/0.
POISON

« Art. 2. — L'ordonnance du 29 octobre 1846 est réformée en ce qu'elle a de contraire au présent décret.

« Art. 3. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

« Fait à Paris, le 9 juillet 1890.

« CARNOT. »

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 21 au 27 septembre 1890.

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 4. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses, 38. — Autres, 2. — Méningite, 15. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 30 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 43. — Bronchite aiguë, 13. — Bronchite chronique, 22. — Broncho-pneumonie, 17. — Pneumonie, 31. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 20 — Biberon, 77. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 29. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 138. — Causes inconnues, 6. — Total : 799.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).




## REVUE CRITIQUE

### DES OPÉRATIONS PLASTIQUES POUR REMÉDIER AUX FISSURES PALATINES ET DE LEURS RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Par le Dr Adrien Pozzi (de Reims).

Si les opérations plastiques destinées à combler les fissures du palais osseux et membraneux, ont, à une époque déjà lointaine, été pratiquées plus spécialement à l'étranger, l'uranostaphilorrhaphie est devenue une opération toute française. Personne n'a mieux étudié ses indications et son manuel opératoire, précisé les résultats qu'on pouvait en attendre que le Pr Trélat et le Dr Erhmann de Mulhouse. La palato-staphylorrhaphie était une des opérations que chérissait l'éminent maître de la Charité et dans l'exécution de laquelle il déployait toute la délicatesse de sa dextérité manuelle. C'était un sujet sur lequel il revenait à plaisir et ceux qui ont eu, comme nous, le privilège d'être de ses élèves, conservent vivant encore le souvenir de la mimique saisissante dont il accompagnait la preuve de ses explications. Quelques jours avant d'être enlevé à l'affection de ceux qui l'avaient approché de près, notre maître défendait dans la *Gazette hebdomadaire* les idées qu'il avait fait siennes, à propos de la publication, par son distingué confrère d'Alsace, d'un mémoire des plus importants sur ce sujet. Ce mémoire intitulé : *Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant, leurs résultats éloignés* (1) a une valeur considérable. Il repose sur une série d'observations importante par le nombre, 41 cas, mais encore et surtout par la précision et par la multiplicité des renseignements qui les accompagnent. Ses opérés ont été suivis pendant de longues années, de l'enfance jusqu'à l'adolescence et au-delà, et le moule des régions intéressées a été pris avant l'opération et après son exécution, de quelques jours à plusieurs années de distance. Ces moulages reproduits admirablement par l'héliogravure, et annexés au mémoire, permettent de juger les pièces du procès sous les yeux. La portée de ces documents dépasse encore le but que s'est proposé l'auteur, ils sont vivement intéressants pour ceux qu'occupent les opinions d'Albrecht sur les os incisifs et les fissures dans le bec de lièvre compliqué; nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur ce sujet.

Les fissures palatines compromettent, dans le tout premier âge, la santé de l'enfant en s'opposant à l'allaitement; plus tard elles sont un obstacle à la bonne articulation du langage. Dans la pratique ces deux indications se confondent. Les chirurgiens qui opèrent d'une façon précoce agissent dans l'un et l'autre but, mais visent surtout le second; n'envisager que le deuxième argument serait retomber dans la discussion close, croyons-nous, sur l'opération hâtive du bec de lièvre compli-

(1) *Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant; leurs résultats éloignés*, par le Dr J. Erhmann (de Mulhouse). — Alcan, 1889.

## FEUILLETON

### DICTIONNAIRES ET LEXIQUES MÉDICAUX (1)

Qui donc a dit qu'une science est constituée dès qu'elle possède une langue bien faite? A ce compte, la médecine serait encore dans l'enfance. Et cependant, Dieu sait s'ils abondent les dictionnaires spéciaux aux sciences médicales! S'il y en a de presque tous les formats ils sont, en général, de grande dimension.

Les dictionnaires médicaux, parus jusqu'à ce jour, peuvent être groupés en quatre grandes catégories (2) :

La première contiendrait les dictionnaires destinés plus ou moins exclusivement aux gens du monde.

La deuxième comprendrait les *lexiques*, ne donnant guère que la définition des termes employés en médecine.

La troisième renfermerait les dictionnaires qui cherchent à présenter un résumé de la science.

La quatrième, enfin, serait réservée aux grands dictionnaires à plus haute visée et aspirant chacun de leur côté à grouper, dans un vaste cadre, l'ensemble des connaissances médicales au moment où la publication a été entreprise.

Je ne signalerai, dans cet essai de classification, que des livres qui sont ou peuvent être entre les mains des Français (1).

(1) A propos du dictionnaire de M. L. Thomas.

(2) Je laisse de côté les dictionnaires ne comprenant qu'une des branches ou une des divisions de la science médicale : *Dictionnaire de chirurgie pratique* de Samuel Cooper, traduit de l'anglais en français sur la 5e édition, Paris, 1826; *Dictionnaire des substances alimentaires* de F. Aulagnier (Paris, 1830); le *Dictionnaire d'hygiène* de Tardieu; le *Dictionnaire de thérapeutique* de Bouchut et Desprès; celui de Gioner; celui de Dujardin-Beaumetz; *Dictionnaire de diagnostic et de séméiologie* de Woillez à plus forte raison ne parlerai-je pas des dictionnaires d'histoire naturelle, de botanique, de chimie, des eaux minérales, etc.

(1) Les lecteurs qui désireraient des détails sur les publications en langues étrangères n'auront qu'à se reporter à l'introduction que le Dr Dechambre, en 1864, a mise en tête du 1er volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* en 100 volumes.

qné. Les procédés d'alimentation artificielle permettent de remédier en grande partie, lorsqu'on a affaire à des parents soigneux, à l'impossibilité de la succion dans ces cas, procédés auxquels, du reste, on est obligé de recourir tout le temps que dure la réparation, fait capital à cette période de la vie où les jours comptent doublement.

Nous n'envisagerons donc la question qu'au seul point de vue de l'orthophonie. Et d'abord la palato-staphylorrhaphie est-elle justifiée, et ne peut-elle être remplacée par l'application d'un obturateur? Les chirurgiens anglais semblent préférer un palais artificiel à une restauration. Mais outre l'autorité de M. Chervin qui accorde au point de vue phonétique une supériorité marquée à la restauration, celle-ci nous paraît préférable au port d'une pièce prothétique d'un entretien difficile et souvent mal tolérée. On ne saurait opposer les risques opératoires, nuls dans certaines conditions.

Quelles sont donc les conditions opératoires les meilleures?

La question est double et il faut examiner les conditions qui, toutes choses égales d'ailleurs, donnent les meilleurs résultats : a. — *Immédiats*, sécurité et réussite autoplastique; b. — *Tardifs* ou fonctionnels. A vrai dire, il y a, comme nous le verrons, une relation étroite entre ces deux ordres de faits.

La question d'*âge* domine la discussion. Au point de vue de la sécurité opératoire et malgré une série heureuse remarquable de six enfants au-dessous de 7 ans due à Julius Wolf, et consignée dans un mémoire lu au 16e congrès des chirurgiens allemands, (1) pour qui l'âge de choix serait de 10 à 6 mois et même au-dessous nous croyons avec Trélat, et c'est aussi l'avis de M. E. Erhmann, qu'il ne faut pas opérer trop tôt, et de fait les deux seuls cas mortels de la longue série du chirurgien de Mulhouse, imputables peut-être à l'opération, se rapportent à des enfants de 2 et 6 mois. Ajoutez les milles risques que court la première enfance; sur 10 opérés au-dessous de 2 ans, M. Erhmann n'en a finalement conservé qu'un, les autres ayant succombé aux maladies du jeune âge.

Les résultats plastiques sont aussi plus incertains. Aussi J. Wolf, dans ces cas, fait-il l'opération en deux temps largement espacés; il détache d'abord les lambeaux, puis il attend que ceux-ci aient repris une vitalité active et que l'*état général du petit être se soit remonté*.

*Ce modus faciendi* du chirurgien allemand repose sur une constatation clinique expliquée anatomiquement par M. Erhmann : à cet âge la fibro-muqueuse est très mince et se cicatrise mal; la réunion se fait plus aisément lorsqu'ils ont été épaissis par les modifications de nutrition qu'a provoquées le traumatisme. En nous reportant aux observations et aux planches de cet auteur, nous trouvons à côté de quelques cas heureux, parmi les opérés de cette catégorie, beaucoup de cicatrisations vicieuses, en bourrelet, des déformations du palais osseux défavorables au bon résultat phonétique.

Trélat reculait la limite du moment le plus opportun jusqu'après 6 ans, et il préférait la reporter à 7, 8 ans; il redoutait avant cet âge l'indocilité du sujet et dans l'observation XIV du mémoire de M. Erhmann, le malade trompant la surveillance maternelle, avala un morceau de pain dur, et détruisit tout le travail de l'opérateur. C'est donc une considération qui a sa valeur.

L'époque de choix est en de moyenne 7 à 8 ans; mais il ne faut pas être trop exclusif, refuser toute intervention et craindre un échec presque certain en deçà.

Car on n'a pas toujours le choix du moment; quoiqu'en ait soutenu Trélat, les fissures sont plus fréquentes assurément dans la population hospitalière qu'on n'a pas toujours à sa disposition. M. Erhmann a parfaitement insisté sur ce point. Cette erreur de fait, et qui serait en contradiction avec les causes ordinaires des vices de conformation, plus nombreuses parmi les classes besogneuses, s'explique par le renom d'habileté dans ce genre d'opération qu'avait notre maître, et qui amenait dans son cabinet un nombre proportionnellement beaucoup plus grand de fissures palatines qu'il n'en recevait dans ses salles.

Cette question d'âge a préoccupé les chirurgiens beaucoup moins encore, sauf pour les cas extrêmes, pour ses résultats immédiats que pour la restauration définitive — but essentiel — de la prononciation phonétique.

Si ces deux chirurgiens, si souvent cités, arrivent à peu près aux mêmes conclusions quant à l'époque la plus favorable pour opérer, c'est pour des raisons différentes tenant à des conceptions divergentes — en apparence — du mécanisme essentiel de la restauration fonctionnelle.

(1) J. Wolf, *Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie im frühen Kindesalter (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie*, 16ten Congress (Berlin, 1887).

---

Au premier groupe appartient le *Dictionnaire médical portatif* de J. Guyot (1763); le *Dictionnaire portatif de santé* de Vandermonde (1759, dont la 4e édition comprend un 3e volume de Pierre Sue pour la chirurgie); le dictionnaire de médecine pratique de Ferdinand Hœfer; le *Dictionnaire de la santé* du Dr Massé, élève du Dr Récamier; le dictionnaire d'Antonin Bossu; le *Dictionnaire de médecine usuelle* du Dr Beaude; le dictionnaire de Decaisne et Gorecki; celui de Paul Labarthe; celui tout récent du Dr Paul Bonami, etc;

Dans le second groupe, nous placerons : 1° l'*Onomasticon medicinæ* d'Othon Brunfels; 2° le *Thesaurus vocabulorum* et le *Dictionnarium medicum* d'Henri Estienne; 3° l'ouvrage de Barthélemy Castelli (*Lexicon medicum græco-latinum*), qui eut de nombreuses éditions. La 1re édition avait paru en 1607, à Venise; la dernière a été publiée à Genève, en 1746, par J.-P. Bruno. Callard de la Duquerie, en 1673, a donné un lexique étymologique. Puis, six ans après (1679), Etienne Blancard publiait son lexique, dont C. Gott-Kühn donnait encore une nouvelle édition en 1832.

Hanin, en 1811, a fait paraître un vocabulaire médical (avec dictionnaire biographique); Auboin, en 1832, a publié son nouveau *Dictionnaire portatif des termes techniques et usuels de la médecine* en 2 volumes.

Nous arrivons à la troisième catégorie, celle des lexiques-dictionnaires. En 1741, Col de Villards publiait son dictionnaire français-latin des termes de médecine et de chirurgie avec leur définition, leur division et leur étymologie, faisant suivre chaque mot d'une courte notice descriptive.

Puis Lavoisien, en 1764, donnait son dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chimie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique.

Vient Capuron en 1806 avec son nouveau dictionnaire des termes de médecine, dictionnaire qui a en bien des vicissitudes sous le nom de Nysten.

En effet une 2e édition de ce dictionnaire parut en 1810 sous la double signature Nysten (P. H.) et Capuron. Nysten en 1814 signa seul la 3e édition. — Il mourait le 3 mars 1818, et Bricheteau revit et publia la 4e édition en 1824.

Pour Trélat, le résultat anatomique a sa valeur, il est important et nécessaire, mais il joue un rôle secondaire dans le retour à une prononciation correcte, par rapport à l'éducation phonétique. L'instrument est indispensable, mais il importe surtout de savoir s'en servir; un artiste pourra jouer parfaitement avec un instrument défectueux; l'instrument le plus parfait ne rendra rien aux mains d'un malhabile. Pour lui, presque tout le succès — il aurait volontiers dit tout — réside dans l'éducation *pré-opératoire* et *post-opératoire* : l'éducation pré-opératoire, répétition des gestes sans l'accompagnement, l'éducation post-opératoire où l'enfant instruit par imitation, fait automatiquement, pour ainsi dire, en vertu d'une habitude créée, fonctionner son palais restauré. Que d'exemples il citait avec sa verve merveilleuse! Ses élèves se rappellent la véritable rage dont il était pris en parlant de cette mère, souriant aux grognements inintelligibles de son pauvre petit estropié au lieu de lui montrer comment on tourne la langue pour bien parler, et sur laquelle il laissait tomber toute la colère du dépit ressenti devant un résultat opératoire parfait, semblait-il, dont il était fier, et fonctionnellement inutile.

Sans doute, il citait des exemple frappants et probants, mais il y avait des réussites en dehors d'une éducation régulière qui l'intriguaient, et aussi des échecs incompréhensibles pour lui et pour ceux qui adoptent exclusivement son explication.

Pour M. Erhmann le fait morphologique est le fait capital : un résultat opératoirement parlant superbe peut être plastiquement mauvais.

L'éducation pourra en partie remédier à certaines défectuosites et l'artiste, par des artifices, pourra suppléer à des imperfections : il ne peut remplacer une note qui manque. La cause fondamentale, la clef des modifications phonétiques se trouve dans les modifications subies par le squelette; la voûte est plus ou moins aplatie, raccourcie; les points d'insertion des muscles du voile du palais sont modifiés, et cet organe trop bref, trop tendu, manque de souplesse, l'occlusion de l'isthme staphylo-laryngien se fait mal. Trélat avait signalé ces particularités; il assimilait les palais courts aux palais atteints de vice de conformation, mais M. Erhmann a montré plus de justesse et a insisté avec plus de force — à raison selon nous — sur leur rôle dans la prononciation phonétique.

La *forme générale* du palais influe considérablement sur l'articulation; un palais en voûte régulière favorise la distinction de la prononciation. Lorsque nous suivions la clinique du Dr Fauvel, nous voyions défiler une série de candidats ténors et surtout de futures étoiles; M. Fauvel, avec sa compétence indiscutable, nous faisait remarquer ces voûtes mal cintrées, vice radical à toute bonne émission vocale, et à son avis on devrait à l'examen d'entrée au Conservatoire refuser, comme n'ayant aucun avenir, tout possesseur d'une voûte ainsi mal conformée.

Tout le monde évidemment n'ambitionne pas l'articulation d'un Faure ou d'un Coquelin; mais augmente et porté à l'extrême, ce qui n'est chez les uns qu'une moindre perfection devient chez d'autres une imperfection ou une infirmité, plus accentuée dans la prononciation de certaines lettres. Trélat a remarqué que les lettres les plus difficiles à prononcer lorsque la difformité existe sont le *g* et le *k* durs, les plus rebelles aussi à la bonne articulation, lorsqu'on a tenté de réparer la voûte palatine. Il cite à l'appui du rôle PRÉPONDÉRANT de l'éducation phonétique, l'exemple d'une jeune fille atteinte d'un palais court et qui en quelques séances recupéra *plusieurs* lettres.

Qu'est-ce à dire sinon que le rôle respectif de la langue et du palais n'est pas le même dans tous les cas. Les labiales persistent, un peu nasonnées peut-être; les lettres filées se retrouvent plus facilement, moins nettes parce que la résonnance est alterée, mais elles existent avec leurs caractères typiques.

Par contre, prenez les lettres dures le *c*, tel qu'on le fait prononcer dans nos écoles, le *g*; les défectuosités s'accentuent, augmentent proportionnellement à leur dureté comme dans le *g* dur et le *k* dur. C'est qu'alors il y a *touche* de la langue sur le palais suivant des incidences de moins en moins obliques exigeant de plus en plus de l'espace pour le développement de la langue, et aussi une forme régulière pour sa bonne application. On peut prendre une même lettre chez un individu atteint d'un des vices de conformation que nous visons, essayer de la faire prononcer de plus en plus durement, et elle deviendra de moins en moins nette. Etudiez la façon dont on durcit le *g*, par exemple et vous verrez le point d'application palatin de la langue être progressivement plus large, se rapprocher aussi de la base, et dans le *g* très dur la langue former une sorte de *dos d'âne* normalement appliqué à la surface du pa-

---

La 5e édition dirigée par Chaudé, avec la collaboration d'Ossian Henry et de Briand, parut en 1833 et fut suivie d'une 6e édition en 1835, qui ne différait de la 5e que par le titre et la date. Chaudé dirigea également la 7e édition et la 8e. La 9e édition fut revisée par A. D. L. Vourdon (publiée en 1855).

La 10e édition publiée en 1855 fut refondue par Littré et Ch. Robin qui dirigèrent également la 11e édition (1858) et la 12e (1865) et la 13e édition (1873). La 14e édition ne porte plus que le nom de Littré.

Cependant en 1821-1822, Béclard, Chomel, Hippolyte Cloquet, Jules Cloquet et Orfila avaient donné le *Nouveau Dictionnaire de médecine, chirurgie, pharmacie, physique, histoire naturelle, etc., où se trouve l'étymologie de tous les termes*, etc. etc. Ce dictionnaire formait deux volumes qui reparurent en 1832, avec un supplément de Tavernier.

Puis en 1863, MM. Raige-Delorme, H. Bouley, Daremberg, Mignon et Lamy firent paraître leur *Nouveau Dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires*. Cet ouvrage bien que très soigné n'a pas eu le succès qu'il méritait.

Nous devons signaler maintenant deux publications parues presque simultanément, toutes les deux en un seul volume : le dictionnaire de Dechambre, Mathias Duval et Lereboullet; et celui que Charles Robin, qui avait cessé de collaborer à la dernière édition de Nysten, a publié sur le modèle de ce même Nysten, mais moins descriptif, et plus riche en termes. Aussi se rapprocherait-il plutôt des lexiques de notre deuxième catégorie.

Le quatrième groupe des dictionnaires de médecine, celui des dictionnaires encyclopédiques, a plus d'importance que les groupes précédents.

En premier lien citons *le Dictionnaire universel et raisonné de médecine, de chirurgie et de l'art vétérinaire* (1772, en 6 vol.).

Puis les trois dictionnaires afférents à la médecine, qui font suite à la *Grande Encyclopédie méthodique* : 1° le *Dictionnaire de chirurgie* en deux volumes in-4°, plus un atlas; 2° le *Dictionnaire de médecine* qui comprend treize volumes parus à

lais dur. Il y a certaines lettres qu'on pourrait appeler plus spécialement *palatines* produites dans un espace angulaire limité en haut par le palais, en bas par la langue se rencontrant en avant, et formant un angle d'antant plus près de l'angle droit que la prononciation de la lettre exige plus de dureté. La base de cet angle dièdre est représentée par l'isthme pharyngo-staphylin : c'est par là que passe l'air qui s'engouffre dans cet espace et où il vibre. Mais cette base varie de forme et d'étendue grâce à sa contractilité et aussi à la languette obturatrice du palais mou. Celui-ci joue un rôle complémentaire; en se contractant, il projette plus ou moins violemment l'air dans l'espace palato-lingual, tout en s'opposant par l'obturation de l'orifice postérieur, à son échappement en arrière dans le pharynx nasal. Aussi n'a-t-il qu'un rôle minime dans la prononciation des lettres douces, filées; au contraire est-il essentiel par sa vigoureuse mobilité comme propulseur de la colonne d'air et comme obturateur dans les lettres dures. Lorsqu'il y a fissure au palais mou, il y a une fuite; la prononciation des lettres dures est *essoufflée* pour ainsi dire : l'air s'échappe dans le pharynx, vibre peu; quand il y a *fissure* palatine, l'air chassé vibre sur les bords osseux de la fissure, sur les lames minces, et des cornets : la voix est *nasonnée* au plus haut point. Il y a là une distinction qui permet à l'audition seule et quand on a l'habitude de ces malades, de faire souvent le diagnostic des perforations du palais dur et du voile. Trélat notait bien cette différence.

On comprendra maintenant l'importance capitale des faits anatomiques sur lesquels M. Erhmann a insisté ; comme cet auteur, nous croyons qu'ils sont prépondérants.

L'éducation pré-opératoire est importante : elle accoutume l'enfant à une gymnastique difficile à apprendre, puisqu'elle ne se traduit par aucun effet immédiat, récompense de l'effort, mais qui lui permettra d'arriver, lorsqu'il possédera l'instrument, à s'en servir rapidement; cependant nous ne pensons pas qu'on doive imputer à son absence les échecs phonétiques complets rencontrés après l'opération. L'éducation post-opératoire est nécessaire : sans elle, le plus souvent, on obtiendrait un résultat médiocre comme netteté de l'articulation.

Mais il faut d'abord et, surtout rechercher le résultat anatomique, *architectural*, et c'est l'inspection de la région qui pourra nous renseigner sur les chances de succès.

Ici nous revenons à notre point de départ : à quel âge opérer pour obtenir plus sûrement ce résultat anatomique ? Or, à la suite des uranoplasties, M. Erhmann a constaté presque constamment un rapprochement des arcades, dû soit à la rétraction cicatricielle, soit à un arrêt de développement, amené par le décollement de la fibro-muqueuse. Pour avoir du chef de l'opération la moindre déformation de la voûte, il importe donc d'opérer à un moment où le squelette a acquis son état définitif et n'est plus susceptible d'être modifié dans son développement. « Une fois la deuxième dentition effectuée, le palais a acquis sa largeur définitive » ; c'est l'argument qui prime tous les autres pour reculer le plus possible la limite de l'opération après cette période critique, c'est-à-dire vers la dixième ou douzième année.

Pour remédier à la brièveté du palais mou, des opérations ingénieuses, mais sans succès, en général, ont été proposées. Il y avait un point du manuel opératoire, sur lequel Trélat a souvent insisté devant nous, et que nous n'avons pas trouvé consigné dans sa Technique publiée dans la *Revue de Chirurgie*; il recommandait de libérer soigneusement le bord postérieur du palais dur, d'aller désinsérer jusque sur le plancher fibreux, inter-ptérygoïdien ; et il revenait sur la difficulté de la libération au niveau de l'épine nasale postérieure. Cette pratique reporte en arrière les insertions des muscles du voile, elle diminue sa tension transversale, tout en donnant plus de mobilité aux languettes de fibro-muqueuse décollées sur le palais osseux et favorisant leur facile affrontement.

Wolf a inventé une sorte de palais *vicariant*, s'appliquant derrière le voile et lui imprimant par ses contractions les changements de formes nécessaires à la bonne utilisation des vibrations sonores. Nous n'avons jamais vu cet appareil : M. Erhmann n'a pas eu non plus l'occasion de s'en servir.

Toutes les inconnues du problème des résultats tardifs des opérations plastiques sur le palais, au point de vue orthophonique, ne sont peut-être pas encore clairement résolues. Le mémoire de M. Erhmann est un travail considérable, renfermant une mine de renseignements précieux, qui fera époque dans l'histoire des opérations propres à remédier aux vices de prononciations, conséquences des malformations de la voûte et du voile.

---

des intervalles éloignés, sous des directions différentes qui vont de Vicq d'Azyr à Moreau (de la Sarthe), et Auguste Tillaye, et 3° le *Dictionnaire d'anatomie* en cinq volumes dont les derniers sont l'œuvre de Jules Cloquet.

Enfin, voici le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* en 60 volumes qui parurent de 1812 à 1822 (à la librairie Panckouke). A ce dictionnaire, on a ajouté un dictionnaire de biographie médicale en 7 volumes, puis un journal complémentaire qui a formé 44 volumes, sans compter la Flore médicale de Chaumeton, Chamberet et Poiret (en 8 volumes), etc.

Dès 1821, avant même l'achèvement de la publication du dictionnaire en 60 volumes, Panckoucke commença d'en faire paraître une sorte de réduction sous le titre : *Dictionnaire abrégé des sciences médicales.*

Ce dictionnaire abrégé n'eut que 15 volumes dont le dernier parut en 1826.

Cependant en 1821 sous la direction de Raige-Delorme, commençait la publication du dictionnaire de médecine (par Adelon, Béclard, Biet, etc.,) et en 1828, paraissait le 21e et dernier volume.

Une seconde édition en 30 volumes parut de 1832 à 1846 avec le sous-titre : *Répertoire général des sciences médicales sous le rapport théorique et pratique.*

D'autre part, de 1829 à 1836, paraissait un autre dictionnaire en 15 volumes, *le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Andral, Bégin, Blandin, etc.

En 1840 le Dr Fabre, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, l'auteur de la *Némésis médicale*, le compilateur d'une *Bibliothèque du médecin praticien* en 15 volumes, commença la publication du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine français et étranger*, en 8 volumes; ces 8 volumes furent suivis en 1851 d'un 9e volume de supplément publié sous la direction d'Ambroise Tardieu.

Puis nous restons jusqu'en 1864 sans nouveaux dictionnaires. Mais à cette date viennent des années d'abondance. Deux grandes entreprises commencent presque en même temps : 1° *Le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*,

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
### ET DE PHARMACOLOGIE

*Suite* (1).

IV. — LA SALIPYRINE, par le Dr P. GUTTMANN (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1890, n° 37, p. 387.)

V. — SUR LA PROTOPINE, UN ALCALOIDE DE L'OPIUM, par le Dr VON ENGEL, (*Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmak.* T. XXVII, fasc. 6. p. 419. 1890.

VI. — ANTAGONISME DANS LA MANIÈRE DONT L'IODE ET LES PRÉPARATIONS SALICYLÉES SONT RÉSORBÉS PAR LES ARTICULATIONS, LES EXSUDATS ET LES TRANSSUDATS, par le prof. ROSENBACH et le Dr POHL. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 36, p. 813.)

VII. — ACTION DE LA CAFEINE, DE LA MORPHINE, DE L'ATROPINE, DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE LA DIGITALE SUR LA PRESSION ARTÉRIELLE, par Sophie FRENKEL. (*Deutsche Archiv. für Klin. medicin.* T. 46 fasc. 5 et 6. p. 542. 1890.)

IV. — La salipyrine, un nouveau médicament, qui vient de faire son apparition en Allemagne, n'est en somme qu'une combinaison d'acide salicylique et d'antipyrine. L'idée de cette combinaison est venue d'abord au professeur Spica, de Padoue, qui avait remarqué que mis en présence, dans une atmosphère humide, l'acide salicylique et l'antipyrine se liquifient. Mais dans ces conditions il ne se forme pas de combinaison dans le sens propre du mot. Pour obtenir ce résultat, il faut ajouter, par petites quantités, une proportion déterminée de salicylate de soude à une solution étendue d'antipyrine, chauffée jusqu'à l'ébullition.

La solution en se refroidissant devient lactescente, de limpide qu'elle était, et laisse déposer des cristaux qui sont constitués par du salicylate d'antipyrine; formule : $C^{11}H^{12}AzOC^7H^6O^3$. Renferme 57.7 0/0 d'antipyrine, et 42.3 d'acide salicylique.

Le Dr Scholvien a imaginé un mode de préparation plus simple. Il consiste à chauffer au bain-marie, sans addition d'eau, ou avec une très faible quantité de ce liquide, de l'antipyrine et du salicylate de soude en proportions molléculaires. Ces substances, en fondant, forment une sorte d'huile qui se fige en se refroidissant.

La salipyrine se présente sous les dehors d'une poudre blanche, sans odeur, d'un goût sucré nullement désagréable. Elle est très peu soluble dans l'eau, beaucoup plus dans l'alcool.

M. P. Guthmann a expérimenté la salipyrine chez un grand nombre de fiévreux; il a eu ainsi l'occasion de constater que le nouveau produit a une action antithermique comparable, de tout point, à celle de l'antipyrine et de l'acide salicylique. Cette action antithermique est plus facile à mettre en évidence dans les cas de fièvre rémittente, chez les phtisiques par exemple, que dans les cas de fièvre continue. La dose efficace varie de 4 à 6 grammes, et doit être répartie entre plusieurs prises dont la première sera de 2 grammes, les autres (1 gramme) suivant à des intervalles d'une heure. L'abaissement de température obtenue dans ces conditions varie de 1° 1/2 à 2° 1/2. La défervescence atteint son plus haut degré au bout de trois ou quatre heures. La température met d'antant plus de temps à remonter, que l'effet antipyrétique a été plus prononcé; pendant cette seconde phase, les malades transpirent plus ou moins abondamment, mais ils n'ont pas de frissons. D'autres effets fâcheux, M. Guttmann n'en a pas observés, même chez les sujets qui ont pris des quantités totales de salipyrine s'élevant à 100 grammes et plus; un malade toutefois a présenté une éruption papuleuse et ortiée, ayant les mêmes caractères que les éruptions observées chez des personnes qui avaient pris de l'antipyrine.

Dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, la salipyrine a agi sur la douleur, la tuméfaction articulaire et la fièvre, de la même façon que les préparations salicylées et l'antipyrine. De même, dans des cas de rhumatisme articulaire chronique et de sciatique.

En résumé, d'après les recherches de M. Guttmann, le nouveau médicament ne fait ni plus ni mieux que ses principes constituants, l'antipyrine et l'acide salicylique.

V. — La protopine est un alcaloïde de l'opium, isolé pour la première fois en 1870 par Hesse. Elle a pour formule $C^{20}H^{19}O^5$. Elle n'existe dans l'opium qu'en très faible quantité.

Depuis lors, la présence de la protopine a été constatée par Eykmann, dans le *macleya cordata*, par Selle, dans le *chelidonium majus*, plantes qui appartiennent à la famille des papavéracées.

M. Engel a fait des expériences sur des animaux à sang froid (grenouilles) et sur des animaux à sang chaud (cobayes, chats, lapins) pour étudier les propriétés physiologiques de la protopine.

Les résultats qu'il a obtenus se trouvent résumés dans les conclusions suivantes :

1° A petites doses, la protopine exerce sur la grenouille des effets narcotiques comparables à ceux de la plupart des alcaloïdes de l'opium.

2° A fortes doses, elle exerce une action paralysatrice sur la substance musculaire et sur les ramifications terminales des nerfs périphériques.

3° Des doses petites ou moyennes n'abolissent pas l'excitabilité réflexe, contrairement à ce qui a lieu avec les fortes doses.

4° La protopine exerce sur les mammifères des effets toxiques comparables à ceux du camphre, et en plus, une paralysie des organes respiratoires.

— VI. Partant de cette donnée, que l'activité pharmacodynamique d'une substance médicamenteuse est en raison directe de l'affinité que cette substance, introduite dans le torrent circulatoire, manifeste pour tel ou tel protoplasme organique, Rosenbach et Pohl, se sont proposés de rechercher quels départements de l'organisme atteignent certaines substances réputées spécifiques, connues pour passer très rapidement dans le sang, quelle que soit la voie par laquelle on les administre.

L'iodure de potassium et l'acide salicylique ont servi aux premières recherches dont rendent compte les deux auteurs. Le but poursuivi était surtout de savoir si ces deux substances médicamenteuses, administrées par les voies habituelles, parviennent ou non dans les principales cavités séreuses, articulations, plèvre, péritoine.

La relation concise d'une de ces expériences fera compren-

(1) Voir le précédent numéro.

---

sous la direction de M. Jaccoud, lequel ne devait avoir qu'une douzaine de volumes. Il en a eu 40. (Le dernier volume a paru en 1886.)

2° Le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales dirigé par Dechambre et Raige-Delorme. Mais dès le 2e volume, le nom de Raige-Delorme disparaissait. On promettait 25 volumes. Le 100e et dernier, publié par M. Lereboullet, successeur de M. Dechambre, a paru en 1889.

(*A suivre.*) Dr ALBERTUS.

dre comment ces intéressantes recherches étaient conduites : un phtisique, parvenu à la dernière période de sa maladie, et consumé par une fièvre intense, avait absorbé 5 grammes de salicylate de soude, très peu de temps avant de mourir.

A son autopsie, on ouvrit une des articulations du genou, et on y laissa tomber 1 goutte d'une solution de perchlorure de fer. Ce réactif communiqua une teinte d'un violet pâle à la synovie et à la membrane synoviale. Pour mieux mettre en lumière la présence de l'acide salicylique dans le liquide et les tissus de la jointure, l'autre articulation du genou fut également ouverte. On recueillit la synovie et on incisa des lambeaux de muqueuse; le tout fut soumis à l'ébullition, additionné d'un peu d'acide chlorhydrique. Après refroidissement, la décoction fut agitée avec de l'éther, la couche d'éther fut décantée et soumise à l'évaporation dans un verre à réactif. Le résidu fut dissout dans un peu d'eau. En y versant quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer très dilué, on fit apparaître une coloration violette bien franche, preuve de la présence de l'acide salicylique.

Voici maintenant l'exposé des résultats obtenus par Rosenbach et Pohl :

1° Les préparations salicylées non seulement s'éliminent par les urines, mais passent dans les liquides des cavités séreuses, cavités articulaires, péritoine, plèvre, aussi bien quand les séreuses sont à l'état normal que lorsqu'elles sont le siège d'un épanchement séreux. Elles se rencontrent constamment dans les produits de simple transsudation, mais aussi dans les exsudats purulents, en moindres quantités, il est vrai. Il n'y a pas, à ce point de vue, de différence entre les épanchements péritonéaux et les épanchements pleuraux. Par contre, il est impossible de retrouver le salicylate de soude dans la salive, dans la sécrétion de l'estomac et de l'intestin, dans la bile; il est inexact qu'à la suite de l'administration du salicylate de soude en lavement, le contenu de l'estomac donne lieu à la réaction qui dénote la présence de l'acide salicylique.

2° Les préparations iodées, administrées *per os* ou par voie sous-cutanée, passent dans les urines et dans la salive; de même que les préparations salicylées, on les retrouve dans les liquides *transsudés* sous la peau ou dans la cavité abdominale ou dans les plèvres, et cela dans les affections les plus diverses. Par contre, on n'en trouve jamais de traces dans les *exsudats* séreux ou purulents; aussi la présence de l'iode, dans les épanchements articulaires, n'a-t-elle jamais pu être constatée ni chez des sujets sains, ni chez des malades, même après administration interne de très fortes doses d'une préparation iodée.

3° Le salicylate de soude, injecté dans une cavité articulaire envahie soit par un liquide transsudé soit par un exsudat séreux ou purulent, a pu être retrouvé dans les urines d'une façon constante.

4° Quand l'iodure de potassium était incorporé à l'organisme par ces mêmes voies, la présence de l'iode pouvait être décelée déjà au bout de quelques minutes dans la salive et dans les urines, aussi bien quand les cavités articulaires ou séreuses étaient le siège d'un exsudat inflammatoire, que quand elles étaient envahies par du liquide simplement transsudé.

5° Il existe donc entre l'iode et le salicylate de soude une différence fondamentale, c'est que le second de ces médicaments, par quelque voie qu'on l'administre, soit *per os*, soit *per anum*, soit par la voie sous-cutanée, soit directement dans une cavité séreuse, est entraîné dans toutes les directions suivies par les humeurs de l'organisme, notamment dans toutes les cavités séreuses et dans les urines; tandis que l'iode, administré *per os* aux doses ordinaires, passe seulement dans les produits de simple transsudation, et jamais dans les cavités articulaires, que celles-ci soient à l'état normal ou envahies par une inflammation, jamais non plus dans les exsudats inflammatoires des cavités séreuses (plèvre et péritoine). On peut conclure de ces faits que :

*a*. Les préparations iodées sont complètement inefficaces dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, ainsi que dans les cas d'inflammation séreuse ou purulente de la plèvre et du péritoine, car elles ne parviennent pas au siège du processus morbide.

*b*. Les préparations salicylées méritent d'être employées plus qu'elles ne l'ont été jusqu'ici, non seulement dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, mais encore dans les cas de pleurésie séreuse, étant donné qu'une proportion assez considérable de la substance médicamenteuse parvient dans la cavité pleurale. Seulement, en raison du volume considérable de cette cavité, il est indiqué d'administrer le médicament à fortes doses ou de le faire prendre immédiatement après la ponction, afin que la résorption au siège du foyer morbide soit relativement intense. Il semble aussi que l'injection directe du médicament, après la ponction, offre certains avantages. Les deux auteurs attribuent les résultats favorables et rapides, obtenus dans une série de cas de pleurésie exsudative de gravité moyenne, à l'association de la thoracentèse et de la médication salicylée.

Enfin dans les cas douteux, l'iodure de potassium pourra être utilisé pour trancher la question de savoir si on a affaire à un simple produit de transsudation, ou à un épanchement inflammatoire, les expériences des deux auteurs ayant démontré que dans le premier cas, après administration de l'iodure *per os*, l'iode se retrouve dans le liquide ponctionné, ce qui n'a pas lieu dans les cas d'exsudat inflammatoire.

VII. — Les recherches cliniques de Sophie Frenkel ont été faites à l'aide du sphygmographe de von Basch. Les renseignements fournis par l'auteur sur les précautions prises pour se mettre autant que possible à l'abri des causes d'erreur sont à voir dans l'original ; voici en substance les résultats fournis par ces recherches.

La caféine, administrée *per os*, à la dose quotidienne de 0,5 à 0,8 à des sujets présentant des troubles circulatoires, est apte à élever la pression intra-artérielle et à produire des effets thérapeutiques comparables à ceux de la digitale.

L'élévation de la pression intra-artérielle, produite par la caféine, a été faible en général ; elle atteignait sa valeur maxima le second ou le troisième jour ; elle se maintenait à ce niveau pendant un ou deux jours, pour tomber peu à peu ensuite, malgré qu'on continuât la médication. L'effet diurétique ne paraît dépendre qu'en partie de l'élévation de la pression intra-vasculaire, car il la précédait le plus souvent et lui survivait ensuite. Contrairement à ce qui a été signalé par Binz, le pouls n'a pas été influencé.

Quand la caféine (benzoate de soude et de caféine) était injectée sous la peau à dose un peu forte (0,1 à 0,6), l'élévation de la pression intra-vasculaire se produisait avec une rapidité remarquable. A ce titre les injections sous cutanées de caféine se recommandent comme le remède par excellence pour combattre le collapsus chez les cardiaques et dans d'autres circonstances pathologiques.

— La morphine, en injections sous-cutanées (0 gr. 01 à 0 gr. 03,) tantôt a produit une légère élévation de la pression intra-artérielle, tantôt est restée sans influence sur elle. La fréquence du pouls n'a pas été modifiée sensiblement. Il semble

donc que l'on ait tort de considérer la morphine comme un médicament dangereux chez les cardiaques. Il faut dire,il est vrai, que les expériences de l'auteur, une exceptée, ont été faites sur des personnes qui avaient le cœur en bon état.

— Le sulfate d'atropine, injecté sous la peau à la dose de 3 dixièmes de milligrammes à 1 milligramme, a produit une élévation de la pression intra-vasculaire, de 20 à 25 millimètres, qui se manifestait au bout d'un temps variable de vingt minutes à une heure; deux heures après l'injection il n'en restait plus de traces. Le pouls était influencé d'une façon variable; le plus souvent il était accéléré. La quantité d'urines n'était pas modifiée.

Sous l'influence de l'ergotine (Nienhans), la pression intra-artérielle s'est élevée de 20 à 30 millimètres en l'espace de 1 ou 2 heures; dans la plupart des cas le pouls subissait du même coup un ralentissement assez considérable.

— Les expériences faites avec la digitale, sur des malades affectés d'une lésion cardiaque avec troubles impliquant la rupture de la compensation, ont fourni des résultats concordant avec ceux qu'ont donnés les expériences faites sur des animaux, et qui sont classiques.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne a l'usage des étudiants et des praticiens, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège. — (Paris, O. Doin, éditeur, 1890 et Liège. Aug. Desoer, éditeur, 1 vol. grand in-8°.)

Le professeur Vanlair s'est imposé pour but de présenter sous une forme aussi méthodique, aussi simple et aussi concise que possible, sans une ligne perdue, sans un mot inutile, les données fondamentales de la pathologie interne; ce but il l'a rempli de la façon la plus heureuse et la plus complète. Nous ne connaissons pas de maladie qui ait été passée sous silence par l'auteur. En parcourant son ouvrage, on est étonné de ce qu'il ait pu embrasser, exposer dans un même volume des sujets aussi nombreux et aussi variés. C'est le premier traité de pathologie interne dans lequel on trouve exposés les grands traités des maladies de connaissance récente telles que la syringomyélie, l'acromégalie, la convulsion saltatoire de Bamberger, le paramyoclonus multiplex, la maladie des tics convulsifs, les dyskinésies professionnelles, la maladie de Thomsen.

Des maladies les moins fréquentes, M. Vanlair a fait une description concise, mais qui en résume bien les caractères. Par contre il a donné une extension relativement grande aux chapitres traitant les maladies communes, que le praticien doit connaître à fond et qu'il est, chaque jour, appelé à soigner, telles que : l'hémorrhagie cérébrale, la sclérose postérieure, l'épilepsie, l'endocardite chronique, le diabète, le typhus abdominal, les fièvres éruptives, la pleurite aiguë, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la néphrite chronique, les catarrhes gastriques, etc.

Il a mis son livre à la portée de tous en laissant de côté tout détail purement historique et par trop scientifique, toute discussion proprement dite, toute hypothèse sans preuve, toute idée trop personnelle, et en donnant à la description des symptômes et au traitement tous les développements nécessaires. Après la description de chaque maladie, il a établi des rubriques bien distinctes pour les mesures prophylactiques et les moyens curatifs; il a séparé les agents diététiques des substances médicamenteuses et il a classé les composés pharmaceutiques d'après leur mode d'administration et leurs affinités thérapeutiques.

De plus, on trouve en tête de la plupart des divisions de cet ouvrage des considérations d'ensemble ne figurant habituellement que dans les ouvrages de pathologie générale et dans les traités de clinique pratiques. « Les unes permettent d'embrasser d'un coup d'œil les traits communs de toute une classe d'affections, telles que les psychoses, les maladies infectieuses, les névralgies, les empoisonnements. Les autres sont consacrés principalement à la topographie et aux procédés d'exploration des organes. »

Le livre de M. Vanlair est le manuel le plus complet de pathologie interne paru jusqu'ici.

F. Déléage.

* * *

Annales de médecine et de chirurgie, publiées par le cercle d'études médicales de Bruxelles, année, 1889, (N. Lamartin, éditeur).

Le cercle d'études médicales de Bruxelles procède d'une généreuse idée. Il est institué, d'après l'article premier de ses statuts, « dans le but de tenir ses membres au courant de toutes les questions intéressantes se rapportant aux sciences médicales ou à l'exercice même de la médecine ». C'est un cercle d'enseignement mutuel, comme il en existe déjà en Allemagne et comme il devrait bien s'en former chez nous, où chacun apporte aux autres la somme des connaissances qu'il a acquises par la nature de ses études spéciales. Après cinq années d'existence, il commence la publication de ses travaux. Le choix des questions, le soin avec lequel elles ont été traitées font bien augurer de l'avenir et permettent d'escompter la faveur du public médical.

Le volume que nous avons sous les yeux contient dix études qui, pour n'être la plupart que des revues, sont pleines d'actualité et comportent de véritables enseignements. *La cautérisation en chirurgie*, qu'elle ait pour but d'être révulsive, modificatrice hémostatique ou destructive, n'est qu'un pis-aller, dit entre autres choses M. H. Verneuil, et constitue un procédé inférieur au procédé par l'instrument tranchant, véritable procédé de choix avec l'antisepsie. M. Van Heerswynghels préconise la *cure radicale des hernies* dans l'étranglement, dans l'irréductibilité, dans l'impotence professionnelle. M. Tiberghien relate les succès qu'il a obtenus dans le *traitement des maladies de la moelle épinière par la suspension*. M. Hendrix parle avec une grande compétence *des progrès dans le traitement de la scoliose*, du corset de Sayre aux appareils de Lorenz, Fischer et Berly. Un nouveau cas d'*ectopie de la rate* est rapporté par M. Lambotte. M. Gevaert traite des *affections des bourses*. M. Gratia émettant quelques *considérations spéciales sur la diphthérie* croit encore à l'identité de l'affection aviaire et humaine n'ayant pas connaissance de preuves contraires, du reste tout récemment présentées. M. Spehl décrit un *nouvel appareil pour le lavage de la vessie*; M. de Boeck s'occupe *des névroses traumatiques*, de ces maladies à symptômes presque exclusivement subjectifs, ressemblant à une affection simulée pour un médecin non prévenu et se préoccupant peu du mode de production du mal. Enfin un *rapport sur l'épidémie de grippe qui a sévi à Bruxelles du 20 décembre* 1889 *au 20 janvier* 1890 fait connaître que le symptôme douleur a été constant et très intense, que les manifestations morbides ont été nombreuses et variées, que à part quelques graves complications, plus particulièrement produites du côté de l'appareil respiratoire, la maladie a été par elle-même bénigne.

TUBERCULOSE OCULAIRE. — EXCISION D'UN TUBERCULE DE L'IRIS SUIVIE DE SUCCÈS, par le Dr TERSON. — (*Archives d'ophtalmologie*, janvier-février 1890).

Quoique la tuberculose de l'iris soit connue, les observations publiées restent encore trop rares pour que l'on soit aujourd'hui même absolument fixé sur le traitement à y opposer. Enucléer l'œil ? Mais cette opération dépasse le but parce qu'elle ne saurait empêcher l'infection générale ; si celle-ci doit se produire, ce qui n'a rien de fatal d'ailleurs, mieux vaut comme la fait l'auteur, se décider à pratiquer l'excision du tubercule lui-même.

Dans le cas rapporté, concernant une jeune fille de 12 ans, la nature tuberculeuse a été démontrée tant par l'inoculation que par l'examen microscopique.

Ch. AMAT.

* *
*

L'OSTÉO-PÉRIOSTITE EXTERNE DE L'APOPHYSE MASTOIDE ET L'INFLAMMATION PURULENTE PRIMITIVE DES CELLULES MASTOIDIENNES, par M. LÉVI.

Si l'inflammation non traumatique de la région mastoïdienne est presque toujours secondaire, il existe cependant une périostite externe primitive. L'étiologie en est fort obscure. Le refroidissement en est le plus souvent la cause. L'affection se caractérise localement par des douleurs vives partant de l'apophyse mastoïde pour s'irradier à la nuque, à l'occiput, à la région pariétale, à l'œil, aux dents, avec ou sans fièvre: puis survient de la tuméfaction, de la rougeur, enfin de la suppuration. Le foyer purulent, abandonné à lui-même, se dirige non pas en dehors, mais vers le conduit auditif externe; il provoque la carie de la corticale et des cellules mastoïdiennes. Au début, on ne confondra pas l'affection avec le gonflement secondaire au furoncle du conduit auditif externe, plus tard avec l'engorgement des ganglions sous-auriculaires. Dès que l'affection est reconnue, avant même la suppuration, il faut la traiter par une incision longue de 5 centimètres, faite à 1 centimètre de l'insertion du pavillon pour éviter l'artère auriculaire postérieure.

L'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes est plus rare que l'ostéo-périostite externe de l'apophyse mastoïde. Cependant son existence a été démontrée anatomiquement par le professeur Zaufal. M. Lévi rapporte une nouvelle observation de cette affection. Il insiste sur une forme spéciale de l'affection où la suppuration reste limitée à l'intérieur des cellules mastoïdiennes, sans se manifester à l'extérieur et qui est caractérisée uniquement par des douleurs spontanées, un peu de fièvre et un point douloureux à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde. La trépanation doit être pratiquée au douzième et quinzième jour dans cette variété qui, sans cela, peut se terminer par la mort.

DES LIPOMES TRANSFORMÉS OU DÉGÉNÉRÉS, par M. LARDIER.

Plusieurs chirurgiens ont nié la transformation des lipomes en tumeurs malignes. Cependant le professeur Eugène Beckel et M. Tripier ont affirmé la possibilité de cette transformation. M. Lardier cite un nouveau fait en faveur de cette doctrine. Rien d'étonnant à cela, dit-il, puisque lipome et cancer se développent chez les arthritiques. Donc, afin d'éviter cette transformation non certaine mais possible, il faut enlever tout lipome et, de plus, soumettre tout lipomateux à la diététique de l'arthritisme.

Dr Eugène COHEN.

## BULLETIN

SUR UN NOUVEAU MÉDICAMENT : L'EXALGINE. — LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE.

Les questions de thérapeutique sont assurées de trouver bon accueil auprès du public médical, surtout quand elle visent une de ces acquisitions nouvelles qui viennent accroître le nombre encore trop restreint des moyens dont dispose l'art de guérir. Il est vrai que, dans le cas particulier, il s'agit plutôt de l'art de soulager, mais celui-ci n'est luimême qu'une nuance où plutôt un degré du premier. Ainsi, dans certaines affections telles que les névralgies, où la douleur est l'élément morbide principal, parfois unique, l'apaisement de cette douleur peut être considéré jusqu'à un certain point comme une véritable guérison : car, une fois dissipée, il ne reste plus rien de l'affection primitive, sinon peut-être une tendance plus ou moins marquée à des récidives ultérieures. On peut donc, avec quelque apparence de raison, dire que, dans certaines classes d'affections, soulager c'est guérir.

A ce point de vue spécial, la classe des analgésiques offre une importance considérable, surtout si l'on tient compte des médicaments nouveaux dont elle s'est enrichie depuis quelques années. Parmi ces acquisitions récentes, il y en a peut-être d'éphémères, de douteuses qui ne pourront résister d'une manière durable au contrôle de l'expérience : mais il y en a aussi d'excellentes, de définitives. Au nombre de ces dernières, on peut citer en tête, la découverte des propriétés sédatives de l'antipyrine, ce médicament aujourd'hui consacré par l'usage et qui est devenu d'un emploi presque universel. Peut-être faudra-t-il demain lui donner pour rivale l'exalgine, dont M. Desnos vient d'entretenir l'Académie. Il ressort, en effet, des recherches du savant médecin de la Charité, que l'exalgine possède des propriétés analgésiques remarquables qui justifient parfaitement son emploi vis-à-vis d'un grand nombre d'affections douloureuses et particulièrement des névralgies (rhumatisme, anémie, siphylis, névralgies faciales, sciatiques, viscérales).

Presque toujours le soulagement a été prompt et marqué; de plus il a été obtenu dans des cas où les autres analgésiques avaient été employés sans succès. Tout au plus peut-on reprocher à ce médicament d'exercer une impression trop vive sur le centre cérébro-spinal : ce dernier effet procède évidemment d'une action toxique ainsi qu'en témoigne l'apparition de certains phénomènes, frissons, vertiges, bourdonnements d'oreille, leger degré de cyanose. Il y aura donc lieu, à l'avenir, d'en surveiller les effets et, pour cela, il sera nécessaire d'espacer les doses, en s'assurant par avance de l'intégrité du filtre rénal.

Ce dernier précepte s'applique d'ailleurs à une foule de médicaments et notamment à ceux qui dérivent de cette série aromatique à laquelle la thérapeutique moderne a fait tant d'utiles emprunts. Il nous paraît ainsi, à la suite des recherches du consciencieux médecin de la Charité, que la cause de l'exalgine est désormais cause gagnée, et cela d'autant qu'il est ici d'accord avec ceux qui ont été les initiateurs et les vulgarisateurs du nouveau médicament. En pareille matière, on ne saurait s'entourer d'opinions trop autorisées, et l'approbation de M. Desnos comptera assurément parmi celles-là.

— Nous ne pensions pas avoir à revenir sur cette question déjà souvent agitée du dépeuplement de la France : mais cette question n'a pas cessé d'intéresser l'Académie, si nous en jugeons par l'accession au débat de nouveaux orateurs qui ont

tenu à faire connaître à leur tour leurs opinions personnelles sur les causes du mal et sur les moyens d'y remédier. Dans l'appréciation de ces causes, M. J. Rochard a donné une grande importance aux raisons tirées de l'hygiène publique. La mortalité excessive qui frappe notre pays est, selon lui, imputable à l'oubli général des preceptes de celle-ci, à l'indifférence de l'autorité supérieure en ce qui concerne leur exécution. On contestera difficilement la justesse de ces vues qui s'appuient sur des faits positifs, entre autres l'élévation du chiffre annuel de la mortalité par fièvres éruptives, lequel est évalué à 70,000 environ.

Connaissant les lois de propagation et de dissémination de ces maladies, nous sommes sans excuse de leur laisser un si grand nombre de victimes, alors qu'il sera possible et même relativement facile de diminuer leurs ravages. Il y a ensuite les mesures à prendre pour restreindre la mortalité excessive des enfants et particulièrement des enfants nés d'unions illégitimes. Parmi les mesures il en est d'ordre administratif et légal, comme la vaccination et la revaccination obligatoire et, dans un autre ordre d'idées, le rétablissement des tours supprimés il y a déjà bien des années. Une des plus urgentes encore est la répression vigoureuse et impitoyable des pratiques si répandues de l'avortement. M. Rochard estime que la réalisation de ce divers moyens d'action est le premier but à poursuivre et que l'influence tirée de l'amélioration de la morale publique ne peut venir qu'en second ordre, sans faire preuve de pessimisme, on peut exprimer la crainte que ce programme ne reste stérile, car il faut compter avec les intérêts individuels et l'égoïsme, souvent plus forts que les lois les mieux établies.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

— Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni, hier après-midi, sous la présidence de M. le Dr Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur, a rendu compte ainsi qu'il suit de la situation sanitaire.

FRANCE.

1° *Frontière espagnole.* — Du 19 septembre au 3 octobre les ports français ont reçu 118 navires venant d'Espagne avec 1,956 marins et 89 passagers. Il a été procédé à 127 opérations de désinfection.

Pendant le même temps le nombre des voyageurs arrivant d'Espagne a été de 12,210, dont 5,003 par Hendaye et 1,547 par Cerbère. Le nombre des opérations de désinfection a été de 1,066.

Les postes sanitaires de Gabas et de Fos sont devenus inutiles et, sur la proposition de MM. les docteurs Netter et Charrin, ils ont été supprimés.

Un voyageur atteint d'une maladie très suspecte a été retenu à Cerbère et soigné dans notre infirmerie. Sa santé s'étant améliorée, il est rentré en Espagne.

2° *Le choléra à Lunel.* — Le 24 septembre une dépêche du préfet de l'Hérault annonçait un décès cholérique à Lunel et ajoutait que la maladie avait été importée par un individu venant d'Espagne, malade lui-même, mais en voie de guérison. M. le docteur Charrin fut invité à se rendre immédiatement à Lunel, ce qu'il fit. Il compléta les mesures prophylactiques prises par le médecin des épidémies, M. le docteur Hamelin, professeur à la Faculté de Montpellier. Le 26, M. Charrin télégraphia que toutes les précautions étaient prises et que le mal était arrêté. il l'était en effet, puisque la mort remontait au 23 septembre et que depuis il n'y a pas en de nouveau cas.

Un négociant en vins, propriétaire, M. Cremier, était allé faire une tournée d'achats dans la province de Valence. Quand à son retour, le 15 septembre, il passa au poste de Cerbère, rien ne fit voir qu'il était malade. Mais le 18, il fut obligé d'appeler son médecin. Il habitait un quartier où avait sévi le choléra en 1884 et en 1885. Le fléau a fait, en effet, à Lunel, 59 victimes en 1884, 47 en 1885. Le lundi 22 septembre, la mère de ce négociant fut prise de choléra à midi et demi; elle mourut à minuit et fut enterrée le mardi, à dix heures du matin.

Dans cette affaire, la municipalité s'est trouvée en faute, n'ayant pas fait, comme l'ordonnait le décret du 2 juillet 1890, visiter le voyageur dès le jour de son arrivée. D'après les instructions de M. le ministre de l'intérieur, l'adjoint, faisant alors fonction de maire, a été suspendu pour quinze jours. L'arrêté rappelle les termes du décret et ajoute :

Considérant que le maintien de la santé publique en France dépend de l'exécution par toutes les autorités du décret sus-visé et principalement de la stricte application de l'article 1er de ce décret ;

Considérant qu'un habitant de Lunel est rentré en France le 15 septembre dernier, venant d'Espagne; qu'à la gare de Cerbère il a reçu le passeport sanitaire qu'il avait l'obligation de présenter à la mairie de Lunel et qu'il y a en effet présenté; qu'en même temps le directeur du poste sanitaire a avisé par carte postale la municipalité de Lunel de l'arrivée de ce voyageur ;

Considérant que cependant M. X..., adjoint, faisant les fonctions de maire de Lunel, a négligé de faire procéder à la visite prescrite par le décret du 2 juillet 1890 et a ainsi manqué, d'une manière grave, aux devoirs dont il avait accepté la charge;

Arrête, etc...

ÉTRANGER

1° *Le choléra en Espagne.* — Le choléra semble avoir complètement disparu de la province d'Alicante.

A Valence, la situation est sensiblement la même qu'il y a quinze jours ; on a compté 14 décès, le 1er octobre, 10 le 2, 13 le 3. A Barcelone, il n'y a eu aucun cas.

2° *Le cholera dans la mer Rouge.* — Le cholera paraît avoir entièrement disparu des possessions turques de la mer Rouge, de Camaran et du Hedjaz Il ne s'agit donc plus que de surveiller le retour des pèlerins.

On continue à appliquer avec une rigueur méthodique les mesures adoptées par le conseil international d'Alexandrie et par le gouvernement égyptien, sur la proposition du médecin français, M. le Dr Catalan. Tout donne lieu d'espérer que, grâce à elles, l'Egypte sera cette fois préservée du fléau.

Le caravanes de terre qui remontent par la Palestine sont arrêtées dix jours à Aïn-Zerka, un peu au nord de la mer Morte. Cette station faite, elles ont encore cinq jours de marche pour arriver à Damas.

Cinq cents pèlerins sont ainsi arrivés à Damas le 3 octobre et, d'après les assurances données par le médecin sanitaire ottoman et par les autorités locales, leur santé serait bonne.

Si l'épidémie de la Mecque n'a pas d'autre conséquence, il y aura d'autant plus lieu de s'en féliciter que cette épidémie aura été terrible. le nombre des décès officiellement constatés à Djeddah et à la Mecque a été de 4,171, chiffre qu'il faut por-

ter à 6 ou 7,000, si l'on ajoute les cas mortels des caravanes se rendant de la Mecque à la Médine, et ceux de Lith, de Coufondah et de Taïf. Mais ce dernier chiffre est encore très loin de la vérité, et l'on ne peut faire aucun fonds sur les déclarations officielles.

Voici des chiffres plus certains, bien qu'approximatifs. Il a été débarqué à Djeddah et à Yambo 43,000 pèlerins; à la date du 20 août, 15,000 avaient été rapatriés; il en restait 4,000 à Djeddah et 7,000 Yambo. Donc, morts ou disparus 17,000, soit 40 0/0; et ceci ne s'applique qu'à ceux qui ont voyagé par mer, lesquels ne font qu'environ le quart du nombre total de pèlerins. Nous n'avons aucun moyen de connaître la mortalité des pèlerins venus par la voie de terre.

Malheureusement, il reste 2,500 pèlerins mendiants qui, chassés de la Mecque, sont réfugiés à Djeddah et que l'on n'a pas le moyen de rapatrier. D'autres circonstances contribuent à entretenir Djeddah dans un déplorable état sanitaire. Un médecin a découvert une maison où l'on avait emmagasiné les haillons des pèlerins morts du choléra, pour les vendre plus tard. Il a fallu dix voitures pour transporter cette pourriture hors de la ville, où tout a été brûlé. Mais il y a sans doute d'autres recéleurs.

3° *Le choléra en Syrie.* — Les vilayets de Diarbékir, de Van et de Mossoul sont déclarés indemnes par les autorités turques. Mais le vilayet d'Alep est très sérieusement infecté; les villes atteintes sont Alep, Orfa et Meskéné. D'après les comptes rendus officiels, le nombre des décès dans ces trois villes s'élevait, au 29 septembre, à 152 à Alep, 5 à Orfa et 43 à Meskéné. De renseignements venus d'Alep même, il résulte qu'à Alep seulement le nombre des décès était au 29 septembre, de 85 et de 184 au 3 octobre.

***

*Le choléra à Londres.* — Une dépêche de Londres, en date du 9 octobre, annonce que, malgré toutes les précautions prises par les autorités, le choléra sévit dans plusieurs districts de Londres et la dysenterie, à l'état épidémique, s'est déclaré dans plusieurs bureaux de poste de la métropole.

***

Le conseil supérieur de santé de la marine a décerné le prix du docteur Blache à M. Le Dantée, médecin de 1re classe, pour un travail thérapeutique exclusivement médical, sur le *Traitement de la dysenterie des pays chauds par les lavages antiseptiques du gros intestin.*

En outre, des témoignages officiels de satisfaction ont été accordés au médecin de 1re classe Ortal, pour ses observations de thérapeutique sur l'*Emploi de l'antipyrine à bord des bâtiments*; au pharmacien principal Porte, pour ses nouvelles recherches sur le *Casia alata* et sur son emploi en thérapeutique dans les affections cutanées; au médecin de 1re classe Castelan, pour son *Histoire médicale de la campagne du Volage.*

***

Les docteurs Brouardel et Thoinot sont repartis mercredi pour Trouville, afin de continuer l'enquête ordonnée par le conseil d'hygiène sur l'épidémie de fièvre typhoïde. En même temps, le conseil a décidé d'envoyer un questionnaire à différentes sociétés médicales de Paris et des départements, au sujet des personnes tombées malades sur la côte normande et rentrées depuis l'époque de l'épidémie chez elles.

Ce questionnaire comprend la date de l'arrivée et du départ du malade; l'adresse de la maison habitée pendant la villégiature; la provenance de l'eau en usage, etc.

***

La *France médicale* a raconté dans son dernier numéro que M. Rouvier, ministre des finances, atteint d'une entorse, s'est fait soigner par un rebouteur. Le *Scalpel* de Bruxelles, publie la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Il ne faut pas s'étonner si les charlatans en usent à leur aise en Belgique.

Il y a quelques jours, M. Lejeune, ministre de la Justice, en villégiature dans nos environs, s'est fait une entorse.

Vous croyez peut-être qu'il s'est fait soigner par un prince de la science?

Pas du tout.

Il s'est empressé de faire appeler un rebouteur, auquel il aurait donné, paraît-il 50 fr. pour ses bons soins. Le dit rebouteur, tout fier du client qui lui est arrivé, n'a rien eu de plus pressé que de se faire tailler une bonne réclame dans le journal de la localité.

***

— M. PASTEUR ET SAINT-HUBERT. Les journaux belges annoncent que le conseil provincial d'Anvers a décidé que les malades mordus par un animal enragé recevraient un secours, soit qu'ils se rendent à l'institut Pasteur, soit qu'ils préfèrent faire un pélerinage à Saint-Hubert.

## NOUVELLES

*Hôpitaux de Paris.* — Le jury de l'internat est ainsi constitué : MM. Robin, Letulle, Raymond, Humbert, Tuffier, Polaillon, Champetier de Ribes.

Celui de l'externat : MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Broca, Chaput, Walther.

***

*Faculté de Médecine de Lille.* — Par décret en date du 6 octobre, la chaire de physiologie est déclarée vacante à la Faculté de Médecine de Lille.

Un délai de vingt jours, à partir du 6 octobre, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

***

*École du service de santé militaire.* — A la suite du concours d'admission en 1890 ont été admis, par ordre de mérite, les candidats suivants :

CANDIDATS A HUIT INSCRIPTIONS

Bodin, Terrasse, Maginelle, Bichelonne, Beaussenat, Gorse, Duhaut, Mangenot, Perrogon, Lair, Hotchkiss, Chevron, Vincent, Baller, Cuinier.

CANDIDATS A QUATRE INSCRIPTIONS

Duroselle, Lefebvre, Roussel, Carbonnier, Picqué, Laval, Dansat, Montatti, Doizy, Féraud, Gandar, Remlinger, Vuillard, Fleury, Lanne, Breuil, Rispal, Marlier, Haury, Guichemerre, Zimmermann, Colomb, Lesnès, Drouineau, Dénommé, Mathieu, Bourlange, Lesterlin, Jaéglé, Jaffary, Riol, Clavelier, Whahl, Védrines, Bouffandeau, Huber, Calba, Roux, Jenny, Vidal, Champon, Sexe, Jirou, Mennessier, Masseuet, Vigerie, Lemarchand, Delon, Décuyper, Paris, Cathoire, Gallay, Leymarie, Pinot, Ricaud, Quilly, Mialaret, Camson, Guichard, Pozest, Jourdan, Gras, Delmas, Faure, Husson, Palet, Viguier.

Tous les élèves de la première catégorie et les vingt-cinq premiers de la deuxième devront se présenter à l'école le 23 octobre courant, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi.

Les autres se présenteront le lendemain, 24 octobre, aux mêmes heures.

— **Faculté de médecine de Paris.** — INSCRIPTIONS, CONSIGNATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES POUR LE 1er TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-91.

I. — *Inscriptions.*

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 16 octobre. — Il sera clos le samedi 22 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première, de deuxième, de troisième années de doctorat, de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15 novembre ;

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 19, jendi 20, vendredi 21 et samedi 22 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignées. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudians sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 18 novembre 1890.

*Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1889-90. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés,à partir du 13 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versementne seront délivrés que le lundi 13 et le lundi 20 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. — *Travaux pratiques.*

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés prr M. le Doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;

2° Les docteurs français ;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. — *Cartes d'étudiant.*

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1890-91, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

EXERCICES DE DISSECTION A L'ÉCOLE PRATIQUE

M. P. Poirier, chef des travaux anatomiques.

I. — *Ostéologie.*

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

II. — *Dissection.*

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 10 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième années; les inscriptions ne leur sont pas accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (5e ou 9e).

2° Élèves non obligés et docteurs.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

MÉDECINE OPÉRATOIRE A L'ÉCOLE PRATIQUE

M. le Dr Rieffel, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du 16 octobre 1890, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le jeudi 10 octobre.

*
**

*Corps de santé de la marine.* — Le ministre vient de répartir comme suit les chaires d'enseignement dans les écoles annexes du service de santé de la marine.

Ecole annexe de Brest : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le méd princ. Duchâteau.

*Chirurgie militaire et navale*, M. le méd. princ. Bodet.

*Anatomie*, M. le méd. de 1re cl. Brédian.

*Petite chirurgie*, M. le méd. princ. Guyot.

Ecole annexe de Rochefort : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le méd. en chef Bourn.

*Chirurgie militaire et navale*, M. le méd. princ. Fontorbe.
*Anatomie*, M. le méd. princ. Burot.
*Petite chirurgie*, M. le méd. princ. Abelin.
École annexe de Toulon : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le méd. princ. Gaillat.
*Chirurgie militaire navale*, M. le méd. en chef Ronvier.
*Anatomie*, M. le méd. princ. Fontan.
*Petite chirurgie*, M. le méd. de 1re classe M.-F. Bertrand.

## BIBLIOGRAPHIE

**Revue des médicaments nouveaux**, par C. Crinon (Chez Rueff et Cie, Paris, 106, boulevard Saint-Germain). — Prix : 3 fr. 50.

Un grand nombre de substances nouvelles ont été introduites depuis peu de temps dans la thérapeutique ; d'autre part, de nombreuses indications ont été proposées récemment. Or, les indications sur l'origine, le mode d'emploi de ces divers procédés sont éparses dans des publications multiples souvent étrangères. L'auteur a réuni dans ce petit volume très clair, bien ordonné, ces nombreux renseignements rangés par ordre alphabétique. Les doses, et même lorsque besoin est, les procédés de préparation sont indiqués avec précision. C'est donc à la fois un recueil de renseignements fort utiles pour le médecin aussi bien que pour le pharmacien, lorsqu'il s'agira de prescrire ou de préparer une substance récemment introduite dans la thérapeutique.

Nous venons de recevoir la nouvelle édition des **Guides Dentu**. Cette collection, traitant des stations thermales et marines de la France et de l'étranger, est publiée sous la direction de M. E. Bardet et Macquarie. Elle se recommande par la clarté et la précision de la partie médicale, aussi bien que par l'exactitude et la grande variété des renseignements topographiques, climatologiques et autres.

Ces volumes, d'une exécution matérielle très soignée, seront recherchés, comme les années précédentes, par les médecins et le grand public de nos villes d'eaux et de nos plages.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 28 septembre au 4 octobre 1890.

Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 0. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 17. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, et autres. 40. — Méningite, 23 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë, et chronique, 38. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 54 — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 75. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2 — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 16. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 150. — Causes : inconnues, 6. — Total 799.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement** : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## HYGIÈNE

### SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE (1)

Par M. Javal, membre de l'Académie de médecine.

Il me semble que l'Académie s'engagerait dans une mauvaise voie en voulant discuter une à une les conclusions par lesquelles se termine l'important mémoire de M. Lagneau (2), sur les causes de la dépopulation de la France, et je vous demande de leur substituer la résolution suivante :

« L'Administration rappelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité — diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

Nous savons en effet, et notre collègue en convient, que parmi toutes les causes qui empêchent la population de croître en France aussi rapidement qu'ailleurs, la principale est la diminution volontaire du nombre des naissances. Toutes les autres causes réunies ont une action beaucoup moindre que celle-là seule; elles sont comparativement négligeables.

Dès le 8 janvier 1867, dans l'important discours par lequel il débuta à cette même tribune, Broca prévoyait que, dans un avenir prochain, le nombre des naissances en France deviendrait inférieur à celui des décès. — « Il faut, disait-il, rechercher la cause d'un mal qui attaque la population dans sa source même, et qui, s'il n'est pas promptement réprimé, peut aller jusqu'à porter atteinte à la force de la nation et à la prospérité de la race.

Hélas, la cause du mal est connue; reste à savoir s'il existe des moyens d'y porter remède, tout au moins dans une mesure appréciable.

Plusieurs de nos collègues ont commencé par déclarer qu'il est impossible de relever la natalité. Si cette proposition était démontrée, notre seule ressource serait de conserver ce que nous avons et il faudrait consacrer uniquement nos efforts à diminuer la mortalité, surtout celle des nourrissons.

Loin de moi, la pensée de blâmer ce qui a été fait dans cette direction. — Le 10 octobre 1865, la correspondance officielle de l'Académie contenait une lettre de M. Duruy, ministre de l'Instruction publique, recommandant à l'attention de notre compagnie un mémoire d'un praticien de campagne sur la mortalité des nouveau-nés. Le Dr Monot exerçait à Monsauche, dans le Morvan, et signalait les abus épouvantables de l'industrie nourricière dans cette contrée. Un an plus tard, M. Blot lisait son rapport sur le mémoire de M. Monot, et à la suite de cette lecture, s'engagea une discussion mémorable, qui dura près de trois ans et resta longtemps sans sanction par suite des événements de 1870-1871. Pour que de toute cette dé-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, le 30 septembre 1890.

(2) Voir le journal des Sociétés, Sc. nos 40 et 41.

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. Les médecins de Molière, par le docteur Léon Petit. In-8°, 46 p. Paris, 1890. — II. Étude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale, par Bidault. In-4°, Paris, 1890. (Thèse de doctorat.) — III. Traditions, croyances populaires des Landes, par Léon Martres. Congrès archéologique de France, LVe session, Paris, 1889, p. 274.

I. Parmi les conférences données cet hiver par la Société de médecine pratique, au Palais des Sociétés savantes, celle de M. Léon Petit était vraiment bonne à entendre; il vient de la faire imprimer, elle est vraiment bonne à lire. L'auteur nous dit en commençant « qu'il professe pour le génie de Molière, un culte qui va jusqu'au fanatisme, » il voit en lui, « un des précurseurs de la méthode qui deux siècles plus tard « devait asseoir la médecine sur des bases scientifiques, grâce « aux travaux de Claude Bernard et de Paul Bert » et notre confrère termine en demandant la création d'un musée complet des illustrations de la médecine ajoutant « qu'il serait assez crâne en face des bustes d'Hippocrate et de Galien, de placer le portrait de l'homme qui a le plus contribué à l'avènement de la médecine moderne et... d'y apposer l'inscription que voici :

A J.-B. POQUELIN DE MOLIÈRE

*La médecine expérimentale.*

Ces prémisses et cette conclusion nous dispensent d'insister sur l'esprit dans lequel est écrite la conférence de M. Léon-Petit.

Pour bien faire comprendre ce qu'il appelle l'œuvre médicale de Molière, l'auteur a eu soin d'esquisser le milieu médical au temps du grand poète comique.

pense d'éloquence et de recherches sortît un résultat utile, il fallut qu'un de nos collègues, dont le nom est sur toutes les lèvres, entrât dans le Parlement et fît voter en 1874 la loi de protection du premier âge, qui porte son nom, et qui, vingt cinq ans après la lettre de M. Duruy, n'est appliquée sérieusement que dans un petit nombre de départements.

Instruits par cette expérience, il nous est permis de craindre quelque lenteur dans l'application des nombreuses mesures proposées par M. Lagneau. Si nous voulons obtenir un résultat utile avant le prochain siècle, nous ferons peut-être sagement de concentrer tous nos efforts sur un point, je veux parler des mesures propres à favoriser la natalité.

Il faut en finir tout d'abord avec cette objection, partout ressassée, que la législation est impuissante à agir sur les mœurs, et qu'aucune loi ne saurait forcer les Français à se multiplier. Pour peu qu'on y réfléchisse, on voit que ce sont précisément les lois, qui ont eu pour effet d'entraver la natalité dans notre pays. On dirait que, depuis cent ans, un génie malfaisant se soit appliqué à disposer notre législation comme à plaisir pour écraser les malheureux pères de famille, et cette législation a graduellement influé sur les mœurs.

Les auteurs du Code civil ont voulu briser le pouvoir des vieilles familles nobles en édictant l'égalité des partages. Souvent le but a été atteint, mais souvent aussi, devant l'interdiction d'avoir un *aîné*, le châtelain s'est borné à un fils *unique*. S'ils vivaient de nos jours, les auteurs du Code seraient les premiers à modifier leur œuvre pour l'approprier aux circonstances actuelles. Ils comprendraient que c'est un supplice de tous les jours pour le cultivateur qui a constitué un domaine, comme pour l'industriel, créateur d'une maison de commerce, de penser qu'à sa mort son œuvre risque fort d'être réduite en miette s'il s'est permis d'avoir de nombreux enfants. Au lieu d'appliquer tous ses efforts à la prospérité de son entreprise, il tâche d'en distraire de quoi satisfaire à la loi, en léguant des valeurs mobilières à ceux de ces enfants qui ne la continueront pas : heureux si l'héritier du principal établissement, qui a été favorisé en apparence, ne compromet pas, faute de fonds de roulement, le fruit du travail paternel. On peut lire dans l'œuvre de Le Play et de ses continuateurs un long plaidoyer, avec faits à l'appui, rendant l'égalité des partages à peu près seule responsable de la dépopulation en France. Malgré la force des arguments de ces auteurs, je pense qu'ils n'ont vu qu'une cause du mal et qu'ils n'ont pas assez porté leur attention sur l'influence exercée par les lois fiscales.

La répartition des impôts contribue, en effet, sous toutes les formes, à rendre plus lourde la charge d'une famille nombreuse. Du principe de 89, d'après lequel « la contribution » devrait être proportionnelle aux ressources, et inversement proportionnelle aux charges de chaque citoyen, la seconde partie a disparu de la pratique. Bien plus, les impôts de consommation atteignent ce but, contraire à toute justice distributive, de frapper les pères de famille proportionnellement aux bouches qu'ils ont à nourrir ; sur les trois milliards d'impôts que perçoit l'Etat, deux milliards et demi sont une amende infligée aux gens qui ont des enfants. Je ne prétends pas qu'aux familles nombreuses il faille faire une remise sur le prix des ports de lettre, du tabac, du sel, du gaz, des vêtements, des outils, des denrées, en un mot de tous les objets frappés soit par les monopoles, soit par la douane et l'exercice, objets dont la consommation est, à chaque foyer, à peu près proportionnelle au nombre des membres de la famille ; mais je ferai remarquer qu'en France la natalité a diminué à mesure que les impôts indirects ont pris une importance plus grande dans les recettes du budget (1).

Les contributions directes elles-mêmes sont, pour une forte part, une taxe sur les enfants : les prestations frappent les jeunes gens avant l'âge adulte ; les portes et fenêtres sont un impôt sur l'air et la lumière, dont le poids s'aggrave à mesure que l'accroissement de la famille oblige le père à occuper un plus vaste appartement ; la patente elle-même, s'appliquant au loyer de l'habitation personnelle, est, pour une bonne part, proportionnelle aux charges et non pas aux ressources du contribuable.

Toute cette organisation, machinée comme à plaisir contre l'accroissement de la nation, serait encore tolérable si la fiscalité et les difficultés en matière de succession ne venaient

(1) Vous parlez ici de l'égalité de l'impôt, vous parlez de proportionnalité de l'impôt; mais comment est votre budget? Votre contribution foncière, vos contributions directes vous donnent 400 millions environ, et vous vivez sur vos revenus indirects, qui font le surplus de vos ressources, qui sont un impôt de capitation, un impôt de consommation, qui grèvent les familles quand elles s'accroissent, et qui sont peut être une des causes pour lesquelles, depuis l'Empire, la France a subi le plus grand décroissement de population qu'elle ait subi depuis le commencement de ce siècle. (Ernest Picard, discours du 17 juin 1862.)

---

Les cérémonies pour la réception des médecins, les querelles à propos de l'antimoine, des types de médecins de cour Desfongerais, Esprit, Guénaut, Daquin, suffisent pour expliquer les scènes de l'*Amour médecin*, du *Malade imaginaire* et du *Médecin malgré lui*. Molière ne s'attaque pas à la médecine, mais aux ridicules de la médecine, enfin il aborde les questions de doctrine, partout et toujours, dit M. Léon-Petit « il prend fait et cause pour l'expérimentation contre la routine ». Enfin les médecins de Molière ne sont pas seulement du XVII^e siècle, mais de tous les siècles, de même que les types de Tartuffe, d'Alceste, de Célimène, etc.

M. Fleurant, le doux apothicaire, avait séduit Molière, il donne aujourd'hui à M. Léon Petit, l'occasion d'écrire une page pleine d'humour. La seringue, du reste, puisqu'il faut l'appeler par son nom a inspiré les poètes et les érudits, elle a eu son éloge devenu célèbre et les bibliophiles ne sauraient oublier le mémoire de Grosley, pour Etiennette Boyan, gardemalade, contre maître François Bourgeois, chanoine de Troyes, ledit chanoine ne pouvant se résoudre à payer celle « qui trois cents fois dans les moments les plus intéressants et dans la posture la plus suppliante », l'avait prié de solder sa note.

M. Léon Petit avait eu l'heureuse idée d'agrémenter sa conférence de projections d'estampes et de gravures du temps, aussi la termine-t-il en émettant le vœu de voir se former quelque part, une collection aussi complète que possible des médecins de tous les pays. Une collection semblable existe, elle est à vendre et nous espérons qu'elle sera mise prochainement à la disposition des chercheurs.

II. La thèse de M. Bidault est un bon résumé historique. L'auteur y passe en revue les divers moyens employés par les médecins, voir même par les médicastres pour obtenir l'insensibilité des patients. En dehors des ouvrages scientifiques médicaux, il ne faudrait pas craindre de chercher dans les légendes, dans les récits des historiens, des traces de divers

aggraver les choses à un degré excessif. — On sait actuellement que rien ne contribue plus à la moralité et à la bonne hygiène des petits ménages que la possibilité d'acquérir une maison d'habitation, le *home* : c'est la première prime qui peut engager l'ouvrier à épargner. Mais que restera-t-il d'une maison de quatre ou cinq mille francs, s'il faut la liciter à la mort du chef de famille, sous prétexte de sauvegarder les intérêts des mineurs? Peu de chose, si elle est entièrement payée; rien ou moins que rien, si le père est enlevé avant d'avoir terminé le payement de l'immeuble. Aussi, par l'effet des mauvaises lois, les artisans puis les bourgeois, puis les nobles, ont-ils peu à peu renoncé à posséder pignon sur rue; et l'on a vu peu à peu Paris et les grandes villes se mettre au régime des appartements en location.

La loi militaire de 1872 a eu nécessairement une influence défavorable sur la natalité. En effet, quand le service était de sept ans et qu'un frère sous les drapeaux exemptait son cadet, il fallait des circonstances exceptionnelles pour qu'une famille fournît plus d'un soldat. Cette situation a été modifiée d'une manière fâcheuse par la réduction du service à cinq ans. Ce sera encore pire avec la loi de 1889. Les auteurs inconscients de cette loi font perdre à la France tous les ans plus d'hommes que n'en coûterait la bataille la plus sanglante : j'y reviendrai plus tard.

En France, les règlements conspirent avec les lois pour écraser les familles nombreuses. Aucun compte n'est tenu du nombre de ses enfants, à l'officier qui doit se déplacer d'un bout à l'autre du territoire; sa veuve reçoit la même pension quel que soit le nombre de ses enfants mineurs.

Mais je m'arrête dans cette énumération; elle suffit pour expliquer le petit nombre des naissances chez nous, comparé par exemple à ce qu'il est en Angleterre où il n'y a pas de service militaire, où il n'existe *aucun impôt* sur les objets de première nécessité; on y remarque la liberté de tester, les facilités de transport pour les nombreuses familles, etc., en un mot, précisément tout le contraire des dispositions que je critique chez nous. Transportez en Angleterre les lois françaises et en France les lois anglaises; supposez, de plus, que les Anglais adoptent notre coutume de doter les filles et il ne faudra pas un siècle pour que les rôles des deux peuples dans le monde soient intervertis.

Jusqu'ici j'ai considéré d'une manière général l'influence des lois sur la natalité. Il serait plus important encore d'examiner leur action dans les cas particuliers. Il n'est pas du tout indifférent que les enfants nombreux naissent de parents riches ou de parents pauvres.

Imaginons, en effet, un peuple où les indigents n'auraient pas d'enfants, et où les citoyens les plus riches et les plus instruits auraient seuls la charge d'élever et d'instruire de nombreux rejetons, il est clair qu'après bien peu de temps ce peuple serait le maître de l'univers. L'éducation libérale donnée à toute la jeunesse, qui ne pourrait pas compter sur de gros héritages, créerait une telle surabondance d'agriculteurs compétents, d'ingénieurs, de médecins, d'artistes, de savants, d'industriels, de négociants, de financiers, qu'il faudrait bien trouver à toutes ses capacités, un débouché au dehors, sans compter qu'à l'intérieur, l'administration, les sciences, les arts, l'industrie, le commerce se recruteraient dans un personnel d'élite, soutenu par le besoin de réussir. D'autre part, il n'y aurait plus guère de misère, puisque les prolétaires n'auraient à subvenir qu'à leurs propres besoins.

Si je viens de décrire une utopie, c'est dans la seule intention de mieux faire ressortir les inconvénients du mécanisme social qui a pour effet précisément de faire naître de nombreux enfants dans les ménages qui sont hors d'état de les élever. — C'est contre cet inconvénient qui s'était élevé Malthus lorsqu'il engageait avec juste raison les jeunes gens à ne pas se marier avant de s'être assuré les moyens de subvenir aux besoins d'une famille, et c'est une injustice faite à sa mémoire d'appliquer à toute autre chose l'expression de *malthusianisme*.

Si l'on veut, par les lois, favoriser l'accroissement de la population, ce n'est pas la classe la plus pauvre qu'il faut avoir en vue; c'est la partie aisée de la nation qu'il faut considérer.

On a dit et répété que c'est par égoïsme et par désir de bien-être que les Français ne veulent pas avoir de grandes charges de famille. Il me semble que le mobile qui les fait agir est plus désintéressé. Chacun désire voir ses enfants dans une position au moins égale, sinon préférable à la sienne. Rien n'est plus instructif à cet égard que l'étude des demandes de bourses qui parviennent par milliers tous les ans au ministère de l'instruction publique. Voici un gendarme qui n'a qu'un fils et qui veut le préparer à Saint-Cyr; un instituteur qui destine le sien à l'École normale supérieure; un officier, sorti du rang, qui veut avoir un polytechnicien. Tous les fonctionnaires à appointements fixes n'ont pas d'autre moyen pour faire gravir

---

moyens anesthésiques dus parfois à l'empirisme pur, mais dont la réalité n'est pas moins certaine que ceux devenus, de nos jours, d'un usage général, grâce aux progrès de la science. L'on peut juger de l'intérêt du travail de M. Bidault par le sommaire de son livre.

En ce qui concerne l'anesthésie générale, l'auteur rappelle la compression du cou mentionnée par Aristote, la saignée poussée jusqu'à la syncope, l'ivresse alcoolique, le haschisch, connu successivement des Égyptiens, des Chinois, des Grecs, l'hypnotisme, les émotions, les breuvages narcotiques depuis la mandragore, jusqu'à l'opium, l'éthérisation.

En ce qui concerne l'anesthésie locale, citons les réfrigérants et la chaleur, les plantes narcotiques, la pierre de Memphis, l'acide carbonique, la compression des tissus et des nerfs.

Ou je me trompe fort, ou il faudrait peu d'efforts à M. Bidault, pour faire de sa thèse, un véritable traité historique de l'anesthésie.

III. J'ai souvent demandé, à cette place même, combien il serait utile de recueillir les croyances populaires, touchant la médecine, qui existent encore dans nos campagnes. M. Léon Martres l'a fait pour les Landes. Indépendamment du sorcier vulgaire, qui, toujours absent lorsque le client vient le consulter, écoute derrière une porte, ce que celui-ci raconte à ceux qu'il trouve là, et rentre par une autre porte, pour stupéfier le pauvre malade, en lui disant tout ce qu'il éprouve, l'on trouve encore dans le pays diverses pratiques déjà signalées ailleurs : celle de porter un sachet de sel en cas de migraine la ficelle à la ceinture contre la sciatique, la vertu curative d'eaux de sources vouées à des saints, etc. M. Martres a seulement écourté le sujet, il serait bien à désirer qu'une vaste enquête dans chaque canton, par exemple, par le médecin cantonal, put être effectuée sur un plan uniforme.

Dr A. Dureau.

l'échelon à leur progéniture que d'en limiter le nombre. S'ils avaient de nombreux enfants, ils n'en pourraient pousser aucun aussi loin qu'ils le désirent.

De même, le cultivateur, propriétaire d'un petit bien qu'il arrondit péniblement et en s'endettant, ne peut pas espérer en laisser autant a chacun de ses enfants : il se limite à un ou deux : s'il a une fille et un garçon, il lui arrive de s'entendre avec un autre, père également d'un garçon et d'une fille ; la perfection même est de célébrer les deux mariages le même jour et de faire de part et d'antre la donation des biens aux enfants : les partages sont faits, il y aura moins pour le notaire et pour le curé, et rien à payer à la mort des parents, et on sera resté fidèle au grand principe des agriculteurs : ne rien laisser perdre.

Ainsi, dans toutes les professions, où le revenu à peine suffisant ne peut pas être notablement augmenté par l'activité de l'homme, le moyen, choisi pour améliorer notablement le sort des enfants; est de restreindre leur nombre, et il est difficile de blâmer les parents d'agir ainsi. C'est ce qui se fait dans la très grande majorité des familles françaises. Sauf dans certains départements, où la tradition religieuse n'a pas perdu toute sa force, nous voyons les cultivateurs, c'est-à-dire la grande masse de la population, suivre l'exemple des fonctionnaires et des rentiers. Ainsi que l'a fait remarquer M. Leroy-Beaulieu, dans deux articles des *Débats* (19 août et 9 septembre 1890), cette tendance n'est pas exclusive à la France, mais, sous ce rapport, nous sommes à l'avant-garde. Nous pouvons donc espérer maintenir notre rang si nous arrivons à garder le *statu quo* pendant que les autres peuples continueront à restreindre leur natalité.

C'est tout à fait aux deux extrémités de l'échelle sociale que nous voyons encore surgir des familles nombreuses.

D'une part, les *prolétaires* continuent à justifier leur nom. Qu'importe en effet à l'ouvrier, mineur ou tisserand, de se mettre une nombreuse famille sur les bras. Il n'a pas conçu l'espoir de voir ses enfants atteindre un sort meilleur que le sien ; il n'a pas hérité de ses parents ; il ne prétend pas laisser d'héritage à ses enfants. Ils vivront en travaillant, comme il a fait lui-même. Peu lui importe qu'on modifie les articles du Code relatifs aux successions ! Il ne s'inquiète pas davantage de la loi militaire : ses fils seront mieux nourris et auront moins de peine sous les drapeaux qu'à la maison paternelle. Quand viendra l'âge ou la maladie, le patron, les sociétés mutuelles, l'hôpital sont là pour empêcher les uns et les autres de mourir dans la rue. Tout au plus la société peut-elle le gêner par les lois protectrices de la femme et de l'enfant,qui diminuent les ressources du ménage; ou par les droits protecteurs qui renchérissent les aliments de première nécessité. Celui qui n'a rien hérité ne craint pas de donner à ses enfants moins qu'il n'a reçu, et pour peu qu'il puisse les nourrir quand ils sont petits, il n'en limite pas le nombre. Souvent ces enfants, élevés dans la misère, seront chétifs et tomberont plus ou moins à la charge de la communauté, et on peut se demander s'il y a vraiment profit pour le pays à en voir croître la quantité au-delà d'une certaine mesure.

Tout à fait à l'autre extrémité de l'échelle sociale, nous voyons des familles riches et nombreuses. Il y en a en France quelques milliers et ce sont celles-là qui méritent à tous égards d'être encouragées. C'est souvent parmi les croyants sincères, quelle que soit leur religion, qu'on voit des hommes d'action, artisans de leur fortune, se donner la joie d'une nombreuse postérité. Partis eux-mêmes de rien, ils considèrent que le travail est la loi de l'humanité, la meilleure sauvegarde contre les vices, et ils pensent avec raison rendre meilleur service à leurs enfants en les armant de toutes façons, moralement et intellectuellement, qu'en leur léguant un capital qui leur permette de déshonorer par leurs vices, ou même par l'oisiveté, le nom que le père de famille a réussi à rendre respectable. Tel banquier, tel industriel, que je pourrais nommer, envoie ses fils créer des succursales dans les pays lointains ou s'arrange pour que les uns embrassent des carrières libérales, pendant que les autres s'associeront à la maison-mère. Voilà les familles qui font la force et la grandeur d'une nation et qui méritent, non pas une aumône, mais le respect du législateur. Si l'on veut que ce type, tout à fait moderne, ne reste pas à l'état d'exception, il faut modifier les lois rendant vraiment trop difficile la situation de ces chefs de famille, qui ne trouvent leur récompense, jusqu'ici, que dans la satisfaction du devoir rempli et dans le respect de leurs amis.

Il faut le dire, d'ailleurs, la charge d'une nombreuse famille est loin d'être sans compensation Un intérieur patriarcal a bien ses charmes et ses joies. Comparez en effet les succès dans la vie des fils de familles nombreuses avec ceux des enfants uniques, et vous admettrez que, même dans une position de fortune médiocre, ce n'est pas toujours une bonne opération de limiter la famille à un ou deux enfants : c'est ce que je vais essayer de prouver.

Si je parlais devant une assemblée de vétérinaires, je n'aurais pas besoin de dire qu'en général les premiers-nés sont moins bien doués que les suivants; ce qui est vrai pour les animaux est exacte pour l'espèce humaine. Qui ne se souvient d'avoir vu, dans la même classe, le plus jeune de deux frères l'emporter souvent sur l'aîné. Voilà une première raison qui peut engager les hommes à ne pas se limiter à un seul enfant.

Sous le rapport moral, l'infériorité des enfants uniques frappe l'attention de l'observateur le plus superficiel. La mère, et même le père, couvent ce premier rejeton, l'émasculent à force de petits soins superflus, et leur condescendance à ses volontés lui épargne cette gymnastique morale, par laquelle les résistances des gens et des choses devraient à la fois assouplir son caractère et fortifier son énergie naturelle. Combien de parents, assujettis à la loi salutaire du travail, se figurent faire le bonheur de leur enfant, en tâchant de l'en affranchir par l'accumulation du produit de leurs labeurs, dont il sera l'unique héritier. Les voisins, les domestiques, les camarades même, font bien vite connaître au fils unique les avantages apparents de sa situation. Soustrait par avance aux efforts de la lutte pour l'existence, il devient incapable de supporter les fatigues, les revers ou même la simple contradiction en paroles : il a des chances de devenir un être pusillanime et inutile, eût-il tous les dons naturels qui auraient suffi pour former un citoyen énergique et un homme de valeur.

Faut-il peindre le désespoir des parents qui ont concentré toute leur affection sur un ou deux enfants; quand, à la fin de leur carrière, ils restent seuls, sans but à leur vie, avec l'amer regret de n'avoir pas d'autres enfants pour les consoler du départ ou de la mort de celui sur lequel ils ont concentré toute leur affection ? Ils comprennent trop tard la vérité du proverbe allemand : *Ein Kind, kein Kind.*

Comment peut-il se trouver, dans un peuple intelligent, une majorité de ménages pour s'exposer à de pareils regrets, quand il suffit d'ouvrir les yeux pour voir combien il est fréquent de voir prospérer les familles très nombreuses ?

En effet, quand il y a beaucoup d'enfants dans une maison, il est bien rare que la situation de fortune des parents soit suffisante pour leur assurer à tous la continuation, sans travail, d'une existence analogue à celle du milieu dans lequel ils sont appelés à vivre; avant d'avoir l'âge de raison, ils savent que

l'oisiveté les conduirait à la misère, ou tout au moins à la gêne, et l'habitude des occupations sérieuses est la meilleure sauvegarde contre les dangers qui menacent l'adolescence. Dès l'enfance, les aînés ont appris à aider les parents dans les soins réclamés par les plus jeunes, et ceux-ci ont pris l'habitude de compter sur la protection de leurs aînés; il est bien rare que cette solidarité ne réagisse pas sur les sentiments filiaux en les fortifiant, si bien qu'on ne voit bien rarement la misère s'abattre sur la vieillesse des gens qui ont eu le courage d'élever de nombreux enfants. C'est peut-être dans leur obéissance au précepte : *croissez et multipliez-vous*, qu'il faut chercher le secret de l'influence toujours croissante des Juifs dans le monde : ils ne thésaurisent plus, car ils ont compris qu'aucune assurance contre les risques de la vie n'est comparable à cette association naturelle formée par de nombreux frères et sœurs élevés à l'école du dévouement mutuel et du travail. Ils ont compris également que le placement le plus rémunérateur est de ne rien épargner pour instruire de nombreux enfants en leur mettant ainsi en main les armes qui assurent le succès dans la société moderne.

Dans son article des *Débats*, du 19 août dernier, M. Paul Leroy-Beaulieu disait que « le mal tient à un certain état mental que toutes les idées et institutions officielles tendent à propager ». Je pense que nous pouvons quelque chose contre cet état mental, et je pense qu'à cet égard, la campagne si remarquable entreprise dans le *Temps*, par M. Jules Simon, devra porter ses fruits.

C'est une très grande erreur d'attribuer à l'intérêt personnel tous les actes humains. Ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, c'est dans l'intérêt de leurs enfants que les Français en limitent le nombre. Si on leur démontre, comme je viens d'en faire la tentative, que cette manière de faire n'est pas toujours conforme à l'intérêt bien entendu des enfants, on aura agi utilement. C'est ce que M. Rochard a dit en termes éloquents à cette même tribune, aux applaudissements de l'Académie tout entière.

Il n'en est pas moins nécessaire de modifier nos lois dans un sens qui ne rende pas trop difficile l'existence des familles nombreuses. (*A suivre.*)

## MÉDECINE CLINIQUE

### SUR LA MÉNINGITE SPINALE DANS LA GRIPPE

Par le Dr FIESSINGER.

La méningite spinale au cours de la grippe est une complication rare et peu étudiée.

M. Bidon (1) en parle comme d'un accident possible et relate une observation où de fortes douleurs lombaires, survenues huit jours après la grippe, ont alité pendant quelques semaines une malade de 27 ans. Ces douleurs exagérées par le moindre mouvement et s'accompagnant de faiblesse des membres inférieurs, M. Bidon les considère comme provoquées par une méningite subaiguë à prédominance lombaire et à issue exceptionnellement favorable.

Avant M. Bidou, on avait remarqué la coexistence de la méningite cérébro-spinale épidémique avec la grippe.

La méningite cérébro-spinale observée à Paris de 1848 à 1849, par M. Lévy, avait été précédée d'une épidémie de grippe.

Dans l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi en 1864 dans le grand duché de Bade, ce qui caractérisait la constitution médicale était une épidémie de grippe compliquée d'accidents nerveux qui se confondaient dans les cas légers avec ceux de la méningite au point de rendre le diagnostic obscur (1).

Pour nous en tenir à la méningite spinale non épidémique, pourquoi cette affection grave consécutive dans certains cas, à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la pneumonie, n'aurait-elle pas la faculté de se produire après cette autre maladie infectieuse, la grippe ?

Nous savons que la grippe se fait accompagner de diverses espèces microbiennes telles que pneumocoques, staphylocoques (2), et que des cocci analogues ont été trouvés dans la méningite cérébro-spinale par Bozzalo (3), Leichtenstern (4), Fraenkel (5), Soa et Berdoni (6), Weichselbaum (7), Netter (8).

Il n'est donc pas étonnant que des microbes rencontrés dans la grippe puissent à l'occasion provoquer l'inflammation des méninges spinales.

Dans l'observation que nous relatons, une jeune fille de 18 ans est fatiguée depuis les soins qu'elle a donnés à sa mère atteinte de grippe grave au commencement d'avril 1890. Dans la première semaine de mai, elle se sent plus lasse, manque d'appétit, tousse, a des maux de tête. Elle se couche le 24 mai, le même jour que sa petite sœur, âgée de 5 ans, cette dernière offrant dans le lit voisin, tous les signes d'une grippe bénigne guérissant le sixième jour. Il est utile d'ajouter que sauf la grippe, aucune maladie infectieuse ne sévissait dans la localité.

Chez cette jeune fille de 18 ans, la grippe, à son début, évolue sans présenter de symptôme anormal. La toux, la céphalalgie, l'épistaxis, les vomissements, les douleurs lombaires, tels étaient les signes accusés. A la vérité les douleurs lombaires étaient assez vives; mais leur acuité ne nous effrayait pas. Bien d'autres malades, tout en souffrant autant, avaient guéri très vite.

Huit jours se passent ainsi et n'apportent aucun changement à la banalité de la situation.

Le 2 juin, la température qui jusqu'alors se maintenait aux environs de 39 degrés, s'élève à 40°. Les douleurs lombaires sont plus vives et exagérées à la pression au niveau du rachis. La malade s'assied avec plus de peine dans son lit. Quelques vomissements alimentaires surviennent.

Cette aggravation ne dure pas; dès le lendemain, 3 juin, la fièvre retombe, les vomissements cessent, les nuits sont meilleures.

Le 8 juin, la mère doit aider sa fille à s'asseoir dans le lit. La nuque est un peu raide. La température remonte à 39,9. Le délire survient dans la nuit.

La nuit du 8 au 9 juin, les accidents se précipitent. Les bronches s'obstruent, des sibilances sont perçues à l'auscultation. Les urines sont involontaires. En même temps appa-

(1) Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux par M. Bidou. (Revue de méd. août, 1890, p. 676.)

(1) Cité par Laveran. In Article Méningite du Dictionnaire de Dechambre, t. VI, 4e série, p. 658.

(2) Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications, par le professeur Bouchard, in Sem. méd., 29 janv. 1890.

(3) Giorn. della R. Accad. di med. di Torino, octobre 1882.

(4) Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica. Deutsche medic. Wochens., n° 23, 1885.

(5) Ueber einen Bacterienbesund bei Meningitis cerebrospinalis. Berlin klin. Wochens., pages 366, 380 et 396, mai et juin 1886.

(6) Sulla meningite cerebrospinale epidemica (Giorn. della R. Accad. di medic. di Torino, p. 58, 1886.

(7) Ueber die Ætiologie der akuten Meningitis cerebro-spinalis (Forts. der Medicin, nos 18 et 19, 1887.

(8) La méningite due au pneumocoque. (Arch. gén. de méd., mars-juillet 1887.

raît un cortège de symptômes redontables : la parole est nasonnée, les boissons sont rejetées par le nez ; la déglutition est presque impossible ; la salive s'écoule hors la bonche ; l'articulation des mots empâtée, hésitante. La nnque et le dos sont en contracture rigide ; la tête est en extension, renversée sur la colonne vertébrale. Le rachis est donlonreux à la pression. Les monvements et la sensibilité des membres paraissent normaux, la malade exécute bien les monvements qn'on lui commande. L'intelligence, vers le matin, est redevenne nette.

Cet état dure qnarante-hnit heures. Le pouls s'élève progressivement, atteint 160 pulsations. La dyspnée avec battement des ailes dn nez survient au moindre effort (quand on tonrne, par exemple, la malade pour lui poser des ventouses sèches sur le dos). Des injections sous-cutanées d'ergot, de caféine, d'éther, n'arrivent pas à ranimer le pouls. La malade perd connaissance à 4 heures. La mort survient le 10 juin, à 8 henres dn soir.

L'histoire de cette malade réclame, pour son interprétation, la réponse à la question suivante :

Y a-t-il en grippe ?

Le fait ne nous semble pas pouvoir être révoqué en doute. L'existence simultanée de la grippe à Oyonnax, l'absence de toute autre maladie infectieuse, la constatation d'une grippe chez une sœur plus jeune, les symptômes classiques de la grippe, présentés par l'aînée, toutes ces conditions se réunissent pour démontrer qn'il ne ponvait être question d'autre chose que de la grippe. Placer la douleur lombaire au rang de symptôme prédominant et considérer la complication de la méningite spinale comme représentant à elle seule la maladie, comme une méningite primitive sans grippe, nous semble une hypothèse pen soutenable. La douleur lombaire est fréquente dans la grippe ; elle empêche les malades de s'asseoir dans leur lit ; mais elle reste à l'état de symptôme pen alarmant, perdn dans la multiplicité des manifestations grippales. Notre malade avait des maux de tête, tonssait, saignait dn nez ; sa donleur lombaire pouvait être due à une hypérémie méningée d'origine grippale, non à une méningite primitive.

La première ponssée de méningite a semblé s'opérer vers le dixième jour de la grippe, s'accompagnant de gêne dans les monvements, de donleurs plus vives, et d'élévation dans le degré thermique. Un répit de cinq jours y a fait suite. Puis subitement éclatent, avec la généralisation de la méningite spinale des accidents bulbaires avec le syndrome d'une paralysie glosso-labio-laryngée suraigue.

Cette complication foudroyante nous a causé une bien douloureuse surprise. L'autopsie n'ayant pu être faite, nous la signalerons sans autre commentaire :

Observation. — *Jeune fille de 18 ans. — Grippe bénigne les premiers jours. — Méningite spinale. — Mort par accidents bulbaires (paralysie glosso-labio-laryngée le dix-huitième jour).*

Brie... (Alexandrine), âgée de 18 ans, au commencement d'avril 1890, passe les nuits debout, soignant sa mère alitée pour une grippe à forme cardiaque. Le jour, elle vaque aux soins du ménage. Il en résulte une fatigue excessive pour la jeune fille.

Vers le 5 mai, l'appétit se perd, la toux commence, des maux de tête sont ressentis. La jeune fille continue son métier de sœur aînée, de ménagère veillant à l'entretien de toute la famille. Elle se couche le 24 mai, à côté de sa petite sœur âgée de 5 ans, cette dernière atteinte de grippe bénigne comme nous l'avons dit.

Des frissons répétés ouvrent la scène ; les maux de tête sont violents au niveau du front ; la lumière est mal supportée. Il n'existe pas de douleurs dans les membres. Seule, la région lombaire est douloureuse. La toux est sèche, quintense par instants.

25 mai. T. m., 38,5 ; T. s., 39,1. On ne constate pas de signes morbides à l'ansultation. La nuit est bonne.

On prescrit une cuillerée d'huile de ricin qui est vomie.

Le 26. T. m., 38,5 ; T. s., 39,2 ; P. m., 108.

Le 27. T. m., 38,4 ; T. s., 39,3 ; P. m., 104.

Le 28. T. m., 39,1 ; T. s., 39,3 ; P. m., 92. Tache méningitique accentuée comme chez tous les grippés. Les nuits continnent d'être bonnes.

*Prescription.* — Ventonses sèches sur les reins. Potion avec 80 centigr. de sulf. de quinine. Boissons abondantes. Lait, bouillon, eau vineuse.

Le 29. T. m., 38,7 ; T. s., 39,1.

Le 30. T. m., 38,7 ; T. s., 39,2 ; P. m., 84. — Vomissements alimentaires. Epistaxis. Les urines ne renferment pas d'albumine. La rate n'est pas augmentée de volume.

Le 31. T. m., 38,4 ; T. s., 39 ; Pouls m., 96.

1er juin. T. m., 38,9 ; T. s., 39,5. P. m., 100 ; P. s., 116.

Le 2. T. m., 40 ; T. s., 39,8 ; P. m., 116. Vomissements alimentaires. L'élévation de température n'est expliquée par aucune complication pleurale ou pulmonaire. La malade éprouve quelque peine à s'asseoir dans son lit. Les reins sont plus douloureux, surtout à la pression. On applique des ventouses sèches sur la région lombaire.

Le 3. T. m., 39,2 ; T. s., 39,5 ; P. m., 104. La malade a mieux dormi que la nuit précédente. Elle s'assied avec plus de facilité dans son lit.

Le 4. T. m., 39,3 ; T. s., 39,5 ; P. m., 100. Douleurs dans les côtés et le ventre. La malade étant sourde, on cesse la potion de quinine.

Le 5. T. m., 38,7 ; T. s., 39,3. Insomnie. Douleurs de reins persistantes.

Le 6. T. m., 39,5 ; T. s., 39 ; P., 104.

Le 7. T. m., 39,3 ; T. s., 39,4 ; P. m., 120. Constipation. Pas de tâches rosées, ni de ballonnement du ventre. La rate est augmentée de volnme et sensible à la palpation.

*Prescription.* — Une cuillerée d'huile de ricin qui amène une selle.

Le 8. T. m., 39,4 ; T. s., 39,9, P. m., 116 ; P. s., 120. Vers le soir, la jeune fille n'arrive plus à s'asseoir dans son lit toute seule. Elle a besoin de l'aide de sa mère. On constate une légère raideur à la nuque.

Le 9. T. m., 40 ; T. s., 38,8 ; P. m., 120 ; P. s., 132. La malade a déliré toute la nuit et a laissé échapper ses urines sons elle. Sibilances dans les bronches. La voix est nasonnée ; les mots sortent avec peine, mal articulés ; la salive s'écoule au dehors. Les boissons sont rejetées par le nez ; la déglution est fort pénible et la malade n'arrive pas à avaler quoi que soit. Le rachis est douloureux à la pression dans toute son étendue. Le tronc est de bois et est mu d'une pièce. La tête est raidie, renversée sur la nuque. Pas de troubles pupillaires.

*Prescription.* — Ventouses sèches 3 fois par jour. Potion avec 4 gr. extrait quinine et 3 gr. ergotine. Lotions d'eau vinaigrée fraîche toutes les trois heures. (Ces lotions ne peuvent être faites en raison des mouvements pénibles qu'elles occasionnent).

Nous voyons la malade soir avec notre ami, le Dr Julliard (de Chatillon-de-Michaille), Quelques aliments (lait, bouillon) ont pu être avalés sans être rejetés par le nez. A 9 h. du soir, le pouls est à 140 et la température à 39,9. Nous donnons une injection souscntanée d'ergot Lamante, et de 25 centigr. de caféine.

Le 10. T. m., 39,6 ; P. m., 144. Dyspnée avec battement des ailes du nez dès qu'on cherche à monvoir la malade. Le pouls varie entre 130 et 145 pulsations. La connaissance reste complète. La contraction de la nuque et dn dos persiste avec les signes de paralysie glosso-labio-laryngée. On donne une injection d'ergot et

une injection de 25 centigr. de caféine (cette dernière répétée toutes les trois heures).

A 5 h. 1/2 une injection d'éther n'est plus sentie par la malade. Le pouls est à 160. La connaissance est perdue. Des mots inintelligibles sont bredouillés par instants.

Mort à 8 heures.

## REVUE DES JOURNAUX

### TABES DORSALIS

I. — Sur les formes précoces du tabes dorsalis, par le prof. Kahler. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 6.)

II. — Un nouveau symptome initial du tabes, par le Dr Weiss, de Vienne. (*Wieer medic. Presse*, 1890, n° 6, p. 2 11.)

III. — Affections de l'organe de l'ouïe dans le tabes dorsalis, par le Dr Treitel. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, t. XX, p. 188.) — *Idem*, par M. Morpugao. (*Archiv. für. Ohrenheilkunde*, 1880, t. XXX.)

IV. — Perversion de la réaction pupillaire dans un cas de tabes, par le Dr G. d'Ablundo. (*La Psychiatria*, t. VII, p. 286, 1889.)

V. — Les paralysies des muscles du larynx dans le cours du tabes dorsalis, par le Dr R. Dreyfuss. (*Virchow, S. Archiv.*, t. CXX, fasc. 1, p. 154, 1890.)

VI. — Trois cas de tabes coexistant avec un goitre exophtalmique, par le Dr A. Secchieri. (*Rivista veneta di science mediche*, 1890, n° 11.)

VII. — Tabes traumatique, par le Dr Klemperer. (*Zeitschrift für Klin medicin*, t. XVII, fasc. 1 et 2, p. 100, 1890.)

VIII. — Fréquence des maladies des centres nerveux (tabes dorsalis et sclérose en plaques) chez les personnes qui ont subi les atteintes de la malaria, par le Dr Morton Prince. (*The Journal of nervous and mental disease*, 1889, t. XIV, p. 585.)

I. — En fait de symptômes initiaux du tabes dorsalis, l'auteur s'occupe de ceux qu'il qualifie de *cérébraux*. Ils consistent en attaques apoplectiques, et surtout en accès de vertige, manifestations qu'accusent presque tous les tabétiques. Mais on observe de véritables attaques d'apoplexie, qui laissent à leur suite des lésions en foyer, assez souvent des attaques d'épilepsie. M. Kahler a pu suivre pendant des années, des malades qui réalisaient cette forme de tabes au début; il a donc pu se convaincre qu'il ne s'agissait pas de paralytiques généraux.

Un autre symptôme précoce du tabes, que Kahler a observé dans plusieurs cas, est constitué par la migraine.

L'atrophie du nerf optique peut survenir comme manifestation initiale du tabes plusieurs années avant l'abolition du phénomène du genou; en pareilles circonstances, elle a cela de caractéristique de n'être presque jamais symétrique. Jamais non plus on n'observe, dans ces cas, le scotome central. Cette atrophie tabétique de la 2e paire a une marche très insidieuse. Son pronostic n'est pas absolument fâcheux.

Parmi les autres symptômes précoces en rapport avec une altération des nerfs craniens, il y a lieu de mentionner des perversions de l'odorat, les bourdonnements d'oreille, la surdité. Puis du côté des yeux, le ptosis, la paralysie de l'oculo-moteur externe, parfois le rétrécissement de la fente palpébrale, le phénomène de Robertson, parfois une déformation de la pupille. Le myosis est un phénomène relativement tardif.

On observe encore des symptômes qui intéressent d'autres nerfs-craniens : Paresthésies dans la sphère d'innervation du trijumeau, névralgies, anesthésies, chûte des dents. La paralysie faciale est rare. Les crises laryngées, la tachycardie sont en rapport avec une altération du nerf vague ; parfois on observe des crises qui ressemblent aux accès d'angine de poitrine.

Du côté des nerfs spinaux, on observe, en fait de manifestations précoces du tabes, des troubles trophiques qui se traduisent par de l'herpes zoster, par un mal perforant du pied, par des troubles vaso-moteurs de la peau, limités à un seul côté, plus rarement par des fractures spontanées des os, des ruptures tendineuses, des arthropathies.

Très souvent au contraire on observe comme manifestations initiales de la maladie, des symptômes gastriques, à savoir : la dyspepsie nerveuse ; des vomissements paroxystiques ; du côté de l'intestin on observe des accès de diarrhée et de coliques ; du côté de la vessie, du ténesme et de la rétention d'urines ; puis des crises uréthrales ; du côté des organes génitaux, l'impuissance virile chez des hommes robustes et bien portants en apparence, passagèrement une exagération de l'appétit sexuel. Rarement on observe au début du tabes, des troubles du gros intestins, douleurs, tenesme, légère incontinence.

Enfin indépendamment de l'abolition du phénomène du genou, il y a lieu de mentionner comme autres symptômes initiaux du tabes, les paralysies limitées à l'un des membres ou a un groupe musculaire.

II. — Le sujet de l'observation de Weiss, teneur de livres, obligé de par sa profession à fréquenter la bourse de Vienne se plaignit un jour au médecin de la famille, venu pour voir un autre malade, que le séjour de la bourse lui était très pénible ; bousculé de droite et de gauche, il exécutait continuellement de véritables carambolages, comme une bille de billard. Plus tard on reconnut chez cet homme, des signes indubitables d'un tabes en voie d'évolution : douleurs lancinantes, bourdonnements d'oreilles, diminution du phénomène du genou, et dans la suite aphasie, alalie, épilepsie Jacksonnienne, symptomes de paralysie générale.

En somme ce que le patient appelait d'une façon pittoresque son « carambolage », n'était autre chose que l'impossibilité où il se trouvait de marcher à reculons. Déjà Althaus (*British médical Journal* 1884) avait mentionné ce phénomène comme un signe précoce du tabes dorsalis. Chez le malade de Weiss, ce signe paraît avoir été le premier en date, se manifestant à une époque où il n'existait pas d'autre symptome d'incoordination motrice.

III. — M. Treitel a examiné 20 tabétiques au point de vue de l'existence éventuelle d'une affection de l'oreille. Dans 5 cas seulement, il existait des troubles appréciables des fonctions de l'ouïe ; en outre un malade se plaignait de bruits d'oreille. Dans les cinq premiers cas, il s'agissait selon toute probabilité d'un trouble dans la transmission des ondes sonores. Bref, l'auteur conclut que le tabes dorsalis s'accompagne souvent d'altérations trophiques ayant pour siège l'oreille moyenne.

D'autre part Morpurgo a entrepris une enquête du même genre sur 53 tabétiques ; il a constaté que dans 81,13 0/0 des cas il existait une affection auriculaire. L'expérience de Rinné, pratiqué sur les 43 malades atteints d'une affection auriculaire, a donné des résultats positifs des deux cotés dans 35 cas, des résultats négatifs des deux cotés dans 2 cas, positif d'un seul coté dans 5 cas, douteux dans 1 cas. D'une façon générale, la perception des tons de différentes hauteurs se faisait avec la même facilité.

En somme, l'auteur conclut qu'un symptôme fréquent du

tabes est constitué par une affection de l'appareil qui préside à la perception des impressions auditives. Même s'il venait à être démontré que dans beaucoup de cas les troubles auditifs qu'on observe dans le tabes sont en rapport avec une affection de l'oreille moyenne, il n'en resterait pas moins acquis que la surdité est fréquente chez les tabétiques. L'auteur a cité d'ailleurs plusieurs exemples de troubles trophiques de l'oreille moyenne, développés sous l'influence d'une affection intra-cranienne.

IV. — M. d'Abundo relate un nouvel exemple du genre de perversion pupillaire, signalé précédemment (1885-1886) par Razzi, Morselli et Algéri, dans des cas de tabes.

Il s'agit d'un malade qui présentait de la mydriase des deux cotés. A droite, la pupille ne réagissait ni à la lumière, ni aux efforts d'accomodation. A gauche la pupille n'était pas influencée par les efforts d'accomodation, mais elle se rétrécissait dans l'obscurité et sous l'influence de l'occlusion des yeux, pour se dilater sous l'influence de la lumière. La réaction était d'ailleurs très torpide.

V.—M. Dreyfuss a examiné l'état des muscles du larynx chez 22 malades qui présentaient les symptômes avérés du tabes dorsalis; chez 2 malades il a constaté une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, paralysie commençante. Chez les 20 autres sujets, il n'y avait ni troubles de la motilité, ni troubles de la sensibilité du larynx. Dans 3 autres cas de tabes dorsalis, empruntés à la pratique du professeur Baginsky, et relatés par l'auteur, il existait également une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur.

M. Dreyfuss s'est élevé ensuite contre l'expression « d'ataxie vraie » des cordes vocales, appliquée par Krauss, à certaines manifestations laryngées du tabes. Le trouble moteur désigné sous le nom d'ataxie ne peut s'appliquer qu'à un groupe de muscles; or, au moment de l'inspiration, un seul muscle entre en jeu dans le larynx, c'est le crico-aryténoïdien postérieur. Quand ce muscle est paralysé, il ne saurait être question d'ataxie. L'existence d'une ataxie des adducteurs n'est pas prouvée davantage. Il peut bien y avoir défaut de synergie des muscles tenseurs des cordes vocales, mais dans les quelques faits de ce genre, connus jusqu'ici, ce trouble était essentiellement transitoire.

Quant à la paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, qu'on observe dans les cas de tabes, elle est l'expression, non d'une névrite périphérique ainsi que l'a prétendu Oppenheim, mais d'une lésion du noyau de l'accessoire du nerf vague. M. Dreyfuss a développé les raisons qui militent en faveur de cette opinion.

En somme, l'auteur pense que les affections laryngées en rapport avec le tabes sont relativement rares.

VI. — M. Secchieri a observé trois exemples de coexistence du tabes dorsalis et du goître exophthalmique. De l'étude de ces faits il conclut que ces deux maladies peuvent se rencontrer chez le même sujet, en dehors de toute influence héréditaire neuropathique, que les deux maladies peuvent débuter concomitament, ou se développer l'une dans le cours de l'autre; que dans ces cas mixtes, les deux maladies sont généralement frustes, mais que toujours il y a prédominance des phénomènes bulbaires; que dès lors il y a lieu de croire à une similitude de siège des lésions qui engendrent ces deux maladies : selon toute vraisemblance, la lésion, dans les cas de maladie de Basedow, aurait pour siège les faisceaux bulbaires du grand sympathique, ou le noyau d'origine du nerf vague.

VII. — Refroidissement, syphilis, traumatisme, c'est dans ces trois termes que peuvent se résumer les principales causes qu'on croit pouvoir attribuer de nos jours au tabes dorsalis. A ce propos Klemperer a fait remarquer que si le traumatisme est invoqué par tous les auteurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur le tabes, les observations où l'intervention de cette cause a été dûment constatée sont relativement rares. Klemperer a pu en relever 30 environ, dans des publications qu'il passe rapidement en revue. Il a joint à ces faits quatre observations inédites, dont voici la relation abrégée :

1° Homme de 42 ans, serrurier, n'a jamais présenté de manifestation de la syphilis. A été contusionné à la jambe droite par un poids très lourd, tombé d'une certaine hauteur. La contusion a mis plusieurs semaines à guérir. Peu de temps après, la jambe contusionnée est devenue plus faible, et la cicatrice douloureuse. Les douleurs sont allées en augmentant. La faiblesse a envahi la jambe gauche. Dix-huit mois après l'accident on constatait l'état suivant : abolition du phénomène du genou, des deux côtés; ataxie bien manifeste lors de la marche; phénomène de Romberg; diminution de la sensibilité aux jambes et aux deux mains; constriction en ceinture;

2° Officier âgé de 47 ans. A eu son cheval blessé sous lui, au siège de Paris. L'animal, en tombant, lui a écrasé le pied. Au siège de la contusion il s'est fait une suppuration abondante; à plusieurs reprises il a fallu retirer des esquilles. Au bout de sept mois, le patient pouvait marcher avec des béquilles. En 1884, il présenta les premiers symptômes (douleurs) du tabes dorsalis. En 1886 on constatait l'abolition du reflexe patellaire des deux côtés, le phénomène de Romberg, de l'ataxie bien manifeste, une certaine diminution de la sensibilité.

3° Officier âgé de 52 ans. A reçu, à Saint-Privat, une balle dans la jambe gauche; le projectile n'a pas été retrouvé. Au mois de décembre suivant, le malade put reprendre son service, puis il fut saisi par moments de douleurs qui partaient de sa cicatrice. Lors d'un examen médical qu'on lui fit subir en 1888, il fut reconnu comme étant atteint du tabes dorsalis;

4° Officier âgé de 56 ans, morphinomane. Au mois de juillet 1883, il a fait une chûte de cheval et s'est attiré une fracture de la clavicule. Au mois de décembre de la même année il éprouva, pour la première fois, des douleurs térébrantes et lancinantes, s'irradiant des épaules vers la nuque. Ces douleurs ont résisté à tous les traitements employés pour les combattre. L'année suivante, le malade a eu de la diplopie, de la faiblesse des jambes, de l'incoordination motrice en marchant.

En se basant sur ces faits, Klemperer conclut qu'il existe un tabes traumatique, lié à des lésions qui, partant des nerfs périphériques, gagnent ensuite la moelle, mais que le traumatisme, pour engendrer le tabes, doit agir sur un système nerveux prédisposé.

VII. — D'après M. Prince, l'infection palustre jouerait un rôle considérable dans l'étiologie des affections de la moelle. Entre autre preuves, l'auteur mentionne 6 cas de tabes et 6 cas de sclérose en plaques, concernant des sujets qui étaient sous le coup d'une infection palustre chronique. Chez les six malades affectés du tabes, les antécédents syphilitiques faisaient absolument défaut.

Il eut été intéressant de savoir quels résultats a produits un traitement spécifique dirigé contre l'intoxication palustre, dans les cas visés par M. Prince : sur ce point l'auteur ne dit mot.

*(A suivre.)*

E. Ricklin.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du foie, par le Dr Georges Harley, professeur à « l'University college » de Londres, traduit de l'anglais et augmenté d'un mémoire sur l'Intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires par le Dr Paul Rodet, précédé d'une préface du Dr Tapret. (Paris, Georges Carré, éditeur, 1890.)

L'ouvrage que M. Georges Harley présente au public médical est une œuvre toute personnelle et à ce titre des plus intéressantes. C'est le résultat d'études consciencieuses sur les maladies du foie et plus spécialement sur l'ictère, qui y est traité avec un soin tout particulier. « N'écrivant dit l'auteur, ni « pour des étudiants, ni pour des savants je n'ai pas voulu per- « dre de temps à faire une longue bibliographie, ni entrer dans « des discussions oiseuses sur le mécanisme de l'ictère. » C'est donc un livre d'observation pure que M. Harley a voulu écrire, et venant d'un médecin aussi distingué, un pareil ouvrage ne peut qu'offrir un grand intérêt pratique à ceux qui y chercheront des renseignements.

Il appelle d'une façon générale l'attention sur les services que la chimie biologique, par l'analyse des *excreta* peut rendre à la clinique et sur l'importance diagnostique qu'elle comporte. On ne trouvera donc pas dans ce livre, ainsi que le fait remarquer l'auteur de la préface, M. Tapret, une étude complète de chacune des affections hépatiques; car ce n'est pas un traité didactique que M. Harley a voulu écrire; ce pourquoi on ne saurait trop le loner, des ouvrages de ce genre, originaux, étant trop rares, pour la marche en avant de la science, comme pour l'instruction des lecteurs.

L'ouvrage commence par des généralités sur les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du foie : son poids, son volume absolu et relatif, ses fonctions — glycogénique, thermique, biliaire et modificateur des graisses; puis par une symptomatologie générale des affections hépatiques, suivie de considérations d'ensemble sur la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer. A ce propos, il étudie avec grand détail l'action des chologogues, et plus particulièrement celle des mercuriaux. Le chapitre qui est consacré à la sécrétion biliaire et à l'influence du système nerveux sur la production de celle-ci est à lire, en ce que l'auteur nous montre le foie, sous l'influence du système nerveux, présidant à la sécrétion et à l'excrétion de la bile. De là des ictères par action nerveuse dont le mécanisme est des plus remarquable.

Nous ne pouvons que mentionner ici ce qui concerne, dans le traitement, l'emploi des alcalins et du podophyllin qui, dans certains cas d'atonie du foie avec insuffisance de sécrétion biliaire par insuffisance d'influx nerveux, peut rendre de grands services.

Le régime, l'hygiène de l'hépatique font suite à ces chapitres de généralités.

Puis nous arrivons à la partie capitale de l'ouvrage, à celle à qui l'auteur a donné le plus d'étendue, à l'*ictère*, dont l'étude est faite avec le plus grand soin.

L'ictère peut se produire de deux façons : ou par *obstruction* mécanique au passage de la bile dans l'instestin; ou par *suppression* de la sécrétion biliaire, qui empêche l'élimination des matières biliaires et les accumule dans le sang et sous la peau.

L'ictère par obstruction est bien connu. Quant à l'ictère par suppression de la fonction hépatique il peut être d'origine nerveuse, ou provenir d'un trouble de la circulation hépatique, ou d'une absence de la substance sécrétoire. Dans le premier de ces deux derniers cas rentre l'ictère émotif, dans le second, l'ictère qui accompagne la congestion hépatique; les vaisseaux sanguins tuméfiés entravant, par compression, la fonction des cellules hépatiques; enfin la troisième classe comprend les ictères d'origine toxique.

L'auteur est entré dans d'assez grands développements sur les ictères causés par des affections hépatiques d'origine microbienne, les ictères infectieux en d'autres termes, parmi lesquels se rangent l'ictère épidémique, l'ictère de la grossesse, celui de la fièvre jaune, de l'infection palustre, enfin l'atrophie jaune aiguë du foie.

Comme on pourra s'en convaincre par la lecture de l'ouvrage, ces questions, d'ordre purement pathogénique, ont pris pour elles seules une bonne place des pages qui sont consacrées à l'ictère. Peut-être pourra-t-on, avec M. Tapret, trouver un peu écourté ce qui concerne la clinique pure, les formes diverses au milieu desquelles évolue le syptôme étudié.

Par contre, on trouvera un intéressant chapitre sur l'étude chimique des excréta : modifications de la sécrétion rénale, valeur diagnostique de la couleur de l'urine, de la présence des sels biliaires dans l'urine, de la présence ou de l'absence de la leucine et de la tyrosine, de la mélanine, de l'urée et de l'acide urique, enfin valeur diagnostique de l'albuminurie hépatique.

Dans la troisième partie de l'ouvrage, l'auteur passe en revue les affections du foie qui ne s'accompagnent pas nécessairement d'ictère : abcès, cancer, syphilis, hydatides, dégénérescences diverses : graisseuse, amyloïde. Il est inutile d'insister sur ce qu'offre d'artificiel une semblable classification des affections hépatiques, basée sur la présence ou sur l'absence d'un seul symptôme souvent secondaire. Mais, comme nous le disions en commençant, nous n'avions pas affaire à un traité didactique des affections du foie, et la critique perd ses droits. De même qu'il serait à regretter que certains de ces chapitres de la pathologie hépatique soient par trop écourtés.

Notons, en passant, deux articles intéressants, l'un sur l'*ascite d'origine hépatique* chez l'adulte et chez l'enfant; l'autre sur les *taches hépatiques*, xanthélasma ou vitiligo, chloasma hépatique.

L'ouvrage se termine par l'histoire des *affections des voies biliaires*, affections de la vésicule et des canaux; enfin par une étude très étendue de la lithiase biliaire, qui a été traitée par l'auteur avec les développements que comporte cette question. A signaler en passant une pratique qui n'est guère, que nous sachions, employée en France, pour diagnostiquer la lithiase biliaire : le cathétérisme des voies biliaires.

Pourquoi ce cathétérisme? C'est que les signes ordinaires de la lithiase biliaire peuvent manquer complètement chez des sujets porteurs de calculs et que ceux-ci ne sont pas aussi inoffensifs qu'on le dit généralement. Il nous semble cependant que le pronostic de la lithiase biliaire a été quelque peu noirci.

Le traducteur du livre que nous venons de parcourir a ajouté un chapitre complet concernant l'*intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires*, comprenant l'histoire complète de la cholécystotomie, et de la cholécystectomie. Cette addition fait, de cette partie de l'ouvrage consacrée aux calculs du foie, un tout complet.

Un index bibliographique termine ce volume, dont on ne saurait trop recommander la lecture, instructive et intéressante.

H. Barbier.

## BULLETIN

### LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Si l'on considère les tentatives annoncées de divers côtés et dont les résultats paraissent généralement heureux, parfois même remarquables, on peut croire que le traitement de la péritonite tuberculeuse est entré définitivement dans une phase nouvelle, assurément très différente de celle qui l'a précédé. Appliquer l'intervention chirurgicale à une maladie considérée longtemps comme étant d'ordre essentiellement médical est une entreprise assurément audacieuse, mais justifiée d'avance aux yeux de ses promoteurs par la sécurité que la pratique de l'antisepsie assure maintenant aux résultats des opérations, même de celles qui sont réputées les plus dangereuses. En fait, le succès a paru leur donner plus d'une fois raison : et si, d'autre part, on tient compte des lenteurs, des incertitudes du traitement médical proprement dit, on sera porté à croire que l'avenir du traitement de la péritonite tuberculeuse est vraiment du côté de la nouvelle méthode. Quel est ici le rôle de l'intervention chirurgicale? Il est difficile de donner à cette question une réponse précise : c'est un point que l'on serait tenté d'invoquer une explication tirée de l'empirisme, laquelle d'ailleurs, ne vaudrait pas mieux que la constatation pure et simple du résultat. On ne peut invoquer ici quelque chose de comparable à l'ablation et à l'éradication d'un foyer tuberculeux local, telle qu'elle se pratique journellement : l'étendue des lésions, le nombre et la multiplicité des granulations qui infiltrent la séreuse rendent pareille assimilation tout à fait inadmissible. Il est plus probable que l'amélioration constatée à la suite de la laparotomie provient soit de l'évacuation des foyers purulents inclus dans les fausses membranes, soit de la rupture des brides qui fixent l'intestin dans des positions vicieuses. On peut accorder aussi une certaine influence aux lavages antiseptiques, à la *toilette du péritoine*, dont les chirurgiens ont soin de faire précéder l'application des sutures, et enfin au drainage. Ces différentes conditions peuvent à la rigueur expliquer les résultats durables, voire même les guérisons réelles qui ont été signalées récemment, aussi bien en France qu'à l'étranger, par des observateurs dignes de tout crédit.

Parmi ces derniers, nous enregistrons avec plaisir le nom de M. Terrillon qui s'est déjà fait connaître comme partisan convaincu de la laparotomie appliquée au traitement de certaines variétés d'affections abdominales. Dans une leçon publiée par la *Semaine médicale*, M. Terrillon vient de faire connaître une nouvelle série opératoire dont les résultats brillants constituent vraiment un plaidoyer très convaincant, presque décisif, en faveur de ses propres idées. Parmi ces faits nouveaux, il en est de remarquables en ce sens que l'amélioration obtenue semble être en contradiction avec l'étendue et la gravité des désordres reconnus pendant l'opération. Mais, en pareillle matière, quand on ne trouve pas d'explication satisfaisante, il faut se borner à la simple constatation des faits et la conclusion à tirer de ceux-ci est toute en faveur de l'intervention opératoire. D'ailleurs, M. Terrillon ne prétend point ériger celle-ci en méthode absolue et il a fait ses réserves, applicables surtout à certains cas que la clinique permet jusqu'à un certain point de déterminer par avance. Inutile aussi d'ajouter que dans l'appréciation de l'opportunité de l'opération, il y aura lieu de tenir grand compte des contre-indications, parmi lesquelles se place au premier rang l'envahissement des poumons par des lésions similaires. Nous n'insisterons pas sur ce côté de la question qui est du ressort de la clinique proprement dite.

Étant ainsi établie l'utilité de l'action chirurgicale, faut-il croire que les médecins devront à l'avenir se désintéresser de la thérapeutique d'une maladie qui a été longtemps considérée comme de leur domaine exclusif? Telle n'est sans doute point la pensée des partisans de l'opération :—ils reconnaissent l'utilité du traitement général soit avant, soit après celle-ci, attendu que le malade, amélioré par l'ouverture et le drainage du péritoine, n'en reste pas moins un valétudinaire, toujours en imminence de réveil de tuberculose et dès lors justiciable des prescriptions ordinairement appliquées en pareil cas. Ainsi le rôle du médecin, bien que légèrement effacé, reste encore très important. On peut même croire qu'il est destiné à reprendre une partie du terrain perdu, si l'on s'en rapporte à M. Debove qui vient de faire connaître un cas de guérison de péritonite tuberculeuse obtenue chez une femme, au moyen d'une simple ponction suivie du lavage antiseptique de la grande cavité séreuse. Huit jours après cette petite opération, la malade était notablement améliorée et la guérison définitive paraît aujourd'hui certaine. M. Debove remarque judicieusement que ce fait, tout isolé qu'il soit, ne constitue pas moins un argument assez valable contre la laparotomie, envisagée comme méthode de traitement systématique et uniforme. Cette dernière étant une opération grave, il sera préférable de l'éviter si elle ne s'impose pas. Nous adhérons volontiers, pour notre part, à la conclusion de notre savant confrère et nous sommes persuadés que la majorité des médecins y souscriront avec nous, d'autant que, en outre de l'innocuité absolue de la ponction simple, il y a la perspective séduisante d'une amélioration immédiate et probable, telle que ne peut la réaliser le traitement général. Puis nous nous plaisons à voir, dans cette tentative heureuse de M. Debove, une sorte de revendication en faveur de l'intervention médicale, que trop souvent peut-être on a taxé d'illusoire et de chimérique.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

Comité d'hygiène de France. — Dans la dernière séance, M. Henri Monod a rendu compte de la situation sanitaire en France.

— Les deux cas de choléra qui se sont produits à Lunel sont restés isolés.

— Une enquête se poursuit en ce moment pour vérifier si les visites médicales prescrites par le décret du 2 juillet 1890 se font partout régulièrement.

— Au sujet de la fièvre typhoïde à Arles, il a été répondu qu'elle y était à l'état endémique; que cet état doit être attribué à la mauvaise qualité des eaux d'alimentation, dont la prise se trouve au-dessous de la ville; que la ville ne pouvait remédier à ce mal avant la solution d'un procès pendant.

— M. le docteur Bergeron, vice-président du comité, dit qu'il vient de visiter nos ports sanitaires sur la frontière d'Espagne. Il déclare que le service est bien organisé.

— M. le professeur Proust, inspecteur général, rend compte de l'état sanitaire à l'étranger.

*Choléra d'Espagne.* — A Valence, pendant le mois de septembre, le nombre des cas a été de 574, celui des décès de 327. Quelques cas se sont produits à Gelvès, aux portes de Séville et à Barcelone.

*Choléra de la mer Rouge.* — Depuis plus d'un mois il n'y a pas eu un seul décès cholérique à Djeddah. L'Egypte continue

à être indemne. Les ports de Beyrouth et de Smyrne servent de ports d'observation.

*Choléra de la Mésopotamie.* — Le choléra augmente à Alep.

— M. le Dr Thoinot, lit un rapport, dont les conclusions sont adoptées à l'unanimité, sur un projet d'alimentation en eau de la ville de Dinard.

— M. le Dr A.-J. Martin lit un rapport sur les délibérations prises par les conseils d'hygiène de France sur un mémoire qui leur avait été communiqué par avis en 1884, mémoire intitulé : *De l'organisation de l'hygiène publique en France et à l'étranger* et ayant pour auteur M. Henri Monod, aujourd'hui directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, alors préfet du Calvados.

*
**

Le choléra. — *Espagne.* Une amélioration sensible se produit en Espagne où les cas deviennent de moins en moins nombreux dans les provinces contaminées. Mais, par contre, on annonce officiellement son apparition à Barcelone ainsi que dans quelques localités des provinces de Grenade et de Séville. Il est également signalé à Gelvez, à 10 kilomètres de Cadix.

*Asie.* On a de mauvaises nouvelles du choléra qui augmente à Alep et à Orfa, menaçant par là, l'Asie-Mineure et la Syrie.

Une dépêche de Larnaka (île de Chypre) en date du 15 octobre annonce que suivant un avis officiel, la mortalité quotidienne est de 50 personnes à Alep.

A Aden, il ne s'est pas produit de nouveaux cas depuis le 2 octobre.

*Algérie.* Le ministre, malgré l'interdiction qui avait été faite aux musulmans d'Algérie de se rendre à la Mecque, a demandé 40.000 fr. pour faire face aux dépenses nécessitées par l'application, dans cette colonie, des mesures sanitaires contre le choléra. Il est probable en effet qu'un certain nombre de sujets musulmans d'Algérie ont passé outre, et il serait urgent de surveiller rigoureusement les provenances d'Orient qui touchent aux ports de cette colonie. En ce moment, un navire ramenant des pèlerins algériens est en route pour l'Algérie, *étant parti des ports d'observation de Beyrouth et de Smyrne malgré l'interdiction des autorités sanitaires.*

*
**

Le ministre des finances vient de proposer un impôt de 12 millions sur les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette. A l'effet de percevoir cet impôt, il rend obligatoire pour ces produits le timbre de garantie institué par la loi du 26 novembre 1873 et qui était jusqu'ici facultatif.

Le tarif serait fixé de la manière suivante :

10 cent. pour les produits au-dessous de 2 fr.
20 — — de 2 fr. à 5 fr.
30 — — au-dessus de 5 fr.

Les eaux minérales naturelles seraient exceptées de l'application de ce droit.

A la commission du budget, M. Rouvier a dit que l'Académie de médecine s'était montrée très favorable à cet impôt.

*
**

— Le ministre de l'intérieur fait faire en ce moment une enquête pour savoir si les visites médicales prescrites par le décret du 2 juillet 1890, à l'égard des voyageurs venant d'Espagne, se font partout régulièrement.

## NOUVELLES

**Nécrologie.** — Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort de M. le Dr Gustave Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa quatre-vingt-septième année.

Le service funèbre aura lieu samedi, à une heure très précise, au temple de l'oratoire du Louvre, rue Saint-Honoré.

*
**

### Faculté de médecine de Paris.

*Travaux pratiques d'histologie* (1re année), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année.

Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique) à partir du samedi 15 novembre 1890.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

*
**

— Sont maintenus pendant un an, dans les fonctions de chefs de clinique : MM. Foubert, Pignol et Marfan (clinique médicale); Rochard et Ciado (clinique chirurgicale); Tissier (clinique obstétricale); Rouillard (clinique des maladies mentales); G. Guinon (clinique des maladies du système nerveux); Feulard (clinique des maladies cutanées et syphilitiques); Chaffard (clinique ophtalmologique).

*
**

—MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise sont nommés pour trois ans, à partir du 1er octobre 1890, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Lyot, Leguen, Regnauld, Rollin et Récamier.

MM. Leguen et Regnauld sont nommés pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1890, prosecteurs en remplacement de MM. Hartmann et Boiffin.

— Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1890.

Chef de clinique médicale. — M. Ménétrier, en remplacement de M. Duflocq.

Chef de clinique chirurgicale. — M. Lejars, en remplacement de M. Beurnier.

Chef de clinique obstétricale. — M. Potocki, en remplacement de M. Boissard.

Chef de clinique des maladies des enfants. — M. Martin de Gimard, en remplacement de M. Deschamps.

Chef adjoint de clinique des maladies des enfants. — M. Guinon.

*
**

### Hôpitaux de Paris

*Concours de l'Internat.* — La composition écrite a eu lieu mercredi 15 octobre à midi, dans une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe. La question qui est sortie de l'urne est la suivante :

*Pancréas, anatomie et physiologie; — Diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac.*

Les autres questions restées dans l'urne étaient :

— *Fosse iliaque interne. — Abcès chauds de la fosse iliaque interne; causes et diagnostic.*

— *Tissus de la dure-mère crânienne, anatomie et physiologie; — Diagnostic de la méningite tuberculeuse.*

La lecture des copies aura lieu, comme par le passé, dans le grand amphithéâtre à l'Administration centrale, avenue Victoria.

*
**

### Facultés et écoles des départements.

—*Faculté de médecine de Lyon.*—Sont nommés pour l'année scolaire 1890-1891 :

1° Chefs des travaux du laboratoire. — MM. Rodet (médecine expérimentale et comparée); Bard et Vialleton (anatomie générale et histologie); Didelot (physique médicale); Linossier (chimie mi-

nérale); Rehoul (physiologie); Beanvisage (matière médicale et hotanique); Bugonneng (chimie organique et toxicologie); Contagne (médecine légale); Florence (pharmacie); Roux, Michon et Barral (clinique médicale); Rochet (médecine opératoire); Mondan (clinique chirurgicale); Despeignes ((zoologie.)

2° PRÉPARATEURS DE LABORATOIRE.. — MM. Courmont (médecine expérimentale et comparée); Doyon (physiologie); Pic (médecine opératoire); Eyhert (anatomie); Poisat (matière médicale et botanique); Lacroix (anatomie générale et histologie) ; Saint-Cyr (médecine légale); Genoud (zoologie); Métroz (pharmacie); Nicolle (chimie organique et toxocologie); Givaudan (chimie minérale); Bret (anatomie pathologique).

3° AIDES DE CLINIQUE. — MM. Goullioud (maladies des femmes); Givre (maladies des enfants).

— *Faculté de médecine de Montpellier.*—M. de Girard, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire de 1890-1891.

Sont nommés aides pour deux ans : MM. André (physique), Castan (chimie); Capmann (médecine opératoire); Debru (maladies syphilitiques et cutanées).

— *Ecole de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

— *Ecole de médecine de Rennes.* — M. le docteur Perrin de la Touche est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Ecole de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Caubet est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

— *Ecole de médecine de Tours.* — M. Wolff, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour une période de trois ans.

— M. Brissonnet, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 OCTOBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 0.— Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 53. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5.—Maladies organiques du cœur, 49.— Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 78. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1.— Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 27. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 141. — Causes inconnues, 8. — Total 832.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

61e Année. 7e Série. Tome VII — N° 43 — 25 Octobre 1890

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
*Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE
*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elyseés



## CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Broussais. — M. le Dr Barth.

### KYSTE DE L'OVAIRE COMPLIQUÉ D'ACCIDENTS PÉRITONIQUES.

Leçon recueillie par M. R. Faure-Miller,
interne du service.

Nous avons actuellement dans le service une femme, que nons y avons admise il y a quelques jours pour des phénomènes graves, qui offrent un véritable intérêt au point de vue de la cause qui les a produits. Il s'agit d'accidents péritoniques déterminés par une tumeur abdominale. Ces accidents, assez sérieux pour rendre l'examen minutieux de tous les organes presque impossible, ont par suite amené dans notre esprit quelques doutes, quant à l'origine, le siège, la nature de la tumeur. C'est parce qu'il arrive assez fréquemment que de telles complications sont cause d'incertitude dans le diagnostic, que nous allons en faire l'étude approfondie dans cette conférence. Vous aurez en effet souvent l'occasion d'avoir à résoudre de pareils problèmes, et de déterminer quelle est l'affection, qui tient sous sa dépendance le complexus morbide dout vous êtes les témoins. Souvenez-vons enfin que de la justesse de votre diagnostic découlera nn traitement approprié, traitement qui est le plus fréquemment une question de vie ou de mort pour la malade.

Celle qui fait le sujet de notre étude aujourd'hui est une femme de 58 ans environ. Elle nous a été amenée dans nn état sérieux rappelant la péritonite aiguë; et les phénomènes qu'elle présentait étaient assez graves pour faire nous demander si nous n'avions pas à craindre un dénouement fatal à bref délai. La fièvre était assez élevée, le facies grippé, le ventre ballonné, ainsi que l'on peut le voir dans les affections aiguës du péritoine. Ces phénomènes étaient accompagnés de vomissements verdâtres, porracés. Les douleurs au moindre mouvement étaient telles, que la malade se tenait instinctivement dans une complète immobilité et qu'elle se refusait presque à l'examen que nons voulions faire.

Mais l'intelligence restant intacte, elle a pu nous donner quelques détails sur ses antécédents. La santé s'est maintenue satisfaisante jusqu'à l'année dernière; nous ne retrouvons rien à noter d'irrégulier ou d'anormal dans sa vie génitale. Elle a en plusieurs enfants; mais, à chaque accouchement, tout s'est naturellement passé et terminé. A 50 ans s'est établie la ménopause; contrairement à ce que l'on voit assez souvent, durant cette époque et après cette époque, notre malade s'est fort bien portée. Elle dit cependant s'être aperçue qu'une masse saillait parfois hors du vagin par la vulve; nous avons pu nous assurer, par une étude attentive de ces organes, qu'il n'y avait là qu'un simple prolapsus de la muqueuse vaginale, prolapsus qui, est-il à peine besoin de le dire, n'a évidemment aucune relation avec l'état de choses qui nous occupe actuellement.

Elle ne serait réellement malade que depuis quinze jours;

## FEUILLETON

### DICTIONNAIRES ET LEXIQUES MÉDICAUX

(*Suite*) (1).

Depuis Hœfer qui avait publié un petit dictionnaire de médecine dans le format in-12, il faut arriver jusqu'à M. le Dr Thomas (2) pour en retrouver un second du même format.

Dans cette fin de siècle où les médecins usent, abusent même du néologisme, un lexique médical était devenu chose nécessaire sinon indispensable. Tous les jours la chirurgie antiseptique encouragée par ses succès, tente quelque opération nouvelle que nos prédécesseurs non seulement du siècle dernier mais même d'il y a vingt ans auraient considéré comme invraisemblable. Il faut chercher d'abord, trouver ensuite, et enfin apposer des étiquettes, sinon des noms, à ces opérations inattendues. Et l'on ne saurait s'en plaindre; comme le dit Horace,

..... *Licuit semperque licebit,*
*Signatum præsente notâ producere nomen.*

Or, tantôt c'est un nom d'homme qui sert à la désignation : Opération d'Alexander, Opération de Létiévant on d'Estlander, etc. Tantôt on crée des dénominations nouvelles : entéro-cholécystotomie, hystéropexie, etc., etc.

Puis on nous décrit des maladies ignorées jusqu'ici comme la streptocchochémie métastatique dont nous parle la *France médicale* du 10 octobre, d'après la *Gazzetta degli ospedali.*

Bien plus, tous les jours nos chimistes ne découvrent-ils pas ou mieux ne composent-ils pas des substances nouvelles à propriétés remarquables pour la médecine : L'acétyl-phénylhydrazine on pyrodine, l'aristol, le crésalol, le rétinol, l'hydronaphtol, le paracrésotate de soude, l'orexine, etc. Un seul nom ne suffit pas toujours pour une même substance. On ne se contente pas du mot *diméthyloxyquinizine*, on appeller. encore ce médicament aussi bien antipyrine qu'analgésine

(1) Voir le numéro précédent.
(2) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1 vol. in-18 de 647 pages, 1889.

l'affection remonte donc à très peu de temps. Son ventre, il est vrai, a pris, nous dit-elle, depuis un an, des proportions assez considérables; mais, d'après son opinion, ce n'était là que la progression d'un embonpoint naturel aux femmes de son âge, d'autant plus qu'elle n'avait note aucun trouble du côté de son appareil digestif, non plus que de ses organes génitaux. Elle n'attacha donc pas d'importance à l'accroissement de son abdomen. D'ailleurs eût-elle été plus souffrante, qu'elle ne se fût pas autrement plainte. Il y a là une remarque générale à faire; vous entendrez souvent dans la classe populaire ne qualifier de malade que celui qui est forcé d'abandonner son travail et de prendre le lit. Il ne serait donc pas bien sage d'admettre, qu'avant ces quinze jours il n'y ait pas eu quelque phénomène spécial, qui n'a pas attiré son attention, mais qui n'en a pas moins existé.

Depuis deux semaines, l'état antérieur de la malade, que nous appellerons volontiers un état latent, s'est modifié et est devenu plus sérieux: certains accidents ont apparu qui l'ont forcée à s'aliter. Quelques douleurs sourdes et discontinues dans le ventre ont ouvert la scène; elles sont nées d'abord à l'hypogastre, puis se sont étendues et irradiées dans tout l'abdomen. Deux ou trois jours avant l'entrée à l'hôpital, elles ont été beaucoup plus vives et d'intermittentes sont devenues presques continuelles. Alors qu'autrefois le repos les calmait, ce moyen est maintenant sans aucun résultat, et, malgré le séjour au lit, elles apparaissent spontanément. La sensibilité au niveau du ventre s'est énormément exagérée et le contact des couvertures est actuellement l'origine de vives souffrances. Puis se sont produits quelques hoquets, quelques nausées, quelques vomissements; une fièvre assez forte s'est établie, ainsi qu'un état défectueux des voies digestives; la langue s'est séchée et enfin la diarrhée s'est montrée.

Effrayée de tous ces accidents, elle se décida à entrer à l'hôpital et nous constatons alors une série de phénomènes que nous n'avons fait qu'esquisser jusqu'ici et que nous allons étudier les uns après les autres.

C'est avant-hier que nous avons examiné cette femme pour la première fois, alors que les symptômes péritonitiques ne nous permettaient qu'une exploration assez superficielle. La température était relativement élevée, environ 38°,6. Les yeux étaient caves, le facies coloré et grippé, la soif vive; de temps en temps se produisaient quelques hoquets; à d'autres moments, la malade rendait en abondance des matières aqueuses verdâtres teintées par de la bile altérée; c'est ce qu'on appelle, vous ai-je déjà dit, des vomissements porracés. Nous étions donc en présence d'un état général grave; mais ce qui attira principalement notre attention fut le ballonnement du ventre et les symptômes que nous pouvions observer de ce côté.

L'abdomen était en effet le siège d'un tympanisme assez marqué, mais ce ballonnement n'était pas uniquement causé par le développement de gaz, il existait là certainement au-dessous des intestins distendus une tumeur, qu'il était impossible de palper par suite de l'extrême sensibilité du ventre; le moindre contact arrachait des cris à la malade, et cette sensibilité étendue à toute la surface de l'abdomen avait très nettement son maximum au niveau de la fosse iliaque gauche.

Quand on essayait d'examiner, de palper, de percuter, en un mot de se rendre compte de l'état des choses par les moyens physiques que nous avons en notre possession, on ne trouvait guère que de la rénitence et de la submatité, ne se déplaçant pas dans les changements de position de la malade; de même que pour la douleur, l'investigation décelait le maximum de signes physiques à gauche. Il existait donc là une tumeur avec irritation du péritoine et phénomènes péritonitiques consistant en sensibilité locale, hoquets, vomissements, nausées, élévation de température, etc...

Nous disons irritation du péritoine plutôt qu'inflammation péritonéale; et en effet les symptômes n'avaient point l'acuité de ceux que l'on voit dans la péritonite aiguë; il n'y avait certes pas de pus épanché dans la grande cavité séreuse.

Bien que cette dernière affection apparaisse souvent comme complication des tumeurs abdominales, fibromes, kystes, etc., nous avons rejeté l'idée d'inflammation réelle, celle-ci n'est'ant manifestée, ni par l'intensité, ni par la rapidité ordinaire à l'évolution de la péritonite. Dans ce dernier cas, la marche est bien plus aiguë, bien plus intense; assurément nous avons constaté de la fièvre, mais elle était peu élevée; la voix était un peu cassée; le facies quelque peu péritonéal, yeux caves et joues colorées, mais tous ces phénomènes n'étaient pas assez accentués pour nous autoriser à porter un tel diagnostic. Le pouls n'avait point là cette accélération si excessive et si fréquente que nous notons dans la péritonite, il se trouvait seulement légèrement agité par suite des mouvements et de l'émotion de la malade; les vomissements, s'ils existaient, n'avaient point un caractère spécial de persistance et pour être mêlés

---

L'acétyl-phénil-hydrazine est aussi dénommée pyridine. Et la méthylacétalinide sera également baptisée exalgine.

Des plantes inconnues jusqu'ici en thérapeutique se révèlent à nous avec des propriétés merveilleuses, depuis l'*hydrastis canadensis* et le *strophantus hispidus*, jusqu'à la *cocillana*, la *naregamia alata*, le *schinus mollis*, et le *senecio maritimus*.

L'instrumentation chirurgicale participe à des progrès analogues et ce sont encore des noms nouveaux empruntés à l'inventeur (bande d'Esmarch) ou à la nature de l'instrument, thermo-cautère, ou à sa destination (pinces hémostatiques).

Et la microbiologie qui vient ouvrir de nouvelles portes au néologisme: on a le bacille d'Eberth, le bacille de Koch, et, sans parler des microbes de la pneumonie, ni de ceux de l'impaludisme, du bacille de la lèpre ou de celui du tetanos.

Le médecin le plus instruit et le plus travailleur a beau avoir l'esprit le plus compréhensif et toujours en éveil, bien des faits, bien des mots lui échappent ou s'effacent bientôt de sa mémoire qui chaque jour reçoit de nouvelles surprises. Et puis, d'autres mots vieillissent qui sont remplacés.

« *Ut sylvæ foliis pronos mutantur in annos*
« *Prima cadunt; ita verborum vetus interit ætas,*
« *Et juvenum ritu florent modo nata, vigentque* » (1).

Aussi M. le Dr Thomas vient il de rendre à tous les praticiens un service signalé en publiant sous un format commode un dictionnaire de la langue médicale. Ce dictionnaire est d'ailleurs plus complet que la plupart de ses aînés. On y trouve en effet les noms propres, jusqu'à ceux des eaux minérales, dont le chiffre s'accroît tous les jours et qui sont mentionnées et presque en excès (2).

Les médecins célèbres ne sont pas oubliés; M. Thomas nous donne la date de leur naissance, celle de leur mort et en lettres italiques les principaux objets de leurs études.

(1) *Horat., ad Pisones.*

(2) Nous y voyons en effet quelques sources jusqu'ici bien peu connues. Qui donc connaît les eaux de la Trollière, celles de Jenzat, celles de Gimeaux? Leurs propriétaires, sans doute: mais à peu près personne autre.

de matières verdâtres, étaient plntôt alimentaires que franchement bilieux.

Les selles n'étaient point supprimées et l'urine s'écoulait naturellement; il n'y avait pas d'annrie, ainsi qu'on le voit ordinairement dans la péritonite.

Vous voyez que tous ces phénomènes se rapprochaient de ceux de la péritonite, mais ils en différaient en ce que la violence des réactions étaient beaucoup moins grande. En réalité nous pouvions dire irritation péritonéale plutôt que péritonite; l'ensemble des symptômes rappelait exactement ce que Gubler a décrit sous le nom de péritonisme.

Pour ne pas revêtir la gravité qu'aurait ene une péritonite dans le cas actuel, ce péritonisme n'en était pas moins assez intense pour empêcher tout examen et par suite tout diagnostic. La douleur était trop vive et la malade se défendait trop pour que nous pensions à poursnivre nos recherches. D'ailleurs il ne faut pas avoir crainte de différer le diagnostic dans certains cas. Souvent en clinique on est obligé d'attendre quelque temps avant de pouvoir le porter d'une façon sûre et l'on doit se contenter pour le moment de faire la médication des symptômes. On peut considérer l'apparition des phénomènes aigus comme un orage soudain qui s'oppose pour l'instant à toute espèce d'investigation; l'orage passé, vous poursuivez votre marche, et complétez le diagnostic que vous avez pn soupçonner, non affirmer jusqu'alors. En un mot il faut se résigner à ne considérer que les accidents surajoutés et réserver le diagnostic pour le moment où les symptômes particuliers auront repris leur physionomie propre.

C'est ainsi que lundi dernier nous étions fort embarrasses pour donner un nom exact à l'affection actuelle; nous ne pouvions guère que faire des hypothèses. Nous avions d'abord pensé à une simple rétention d'urine avec phénomènes aigus surajoutés. Il faut toujours que vous ayez présente à l'esprit la possibilité d'une rétention d'urine quand vous *observerez*, constaterez une tumeur abdominale. Du reste, vous avez pour écarter immédiatement cette hypothèse l'excellent moyen dont nous nous sommes servis, le cathétérisme; il ne nous a pas donné d'urine; nous n'avons par conséquent pas à faire à une rétention simple.

Une autre opinion se pose dans notre esprit; avons-nous là une grossesse? Non évidemment; la femme est beaucoup trop âgée pour cela; elle a cinquante-sept ans et la ménopause s'est établie il y a déjà huit ans. Si je vons en parle, c'est que parfois la différence est à faire entre une tumeur abdominale et un utérus gravide; encore nne fois l'âge de la malade nous dispense d'insister sur cette possibilité.

Il ne nous reste donc plns a examiner que l'hypothèse d'nne production nouvelle morbide, d'une tumenr. Le fibrome utérin n'est pas fréquent à ces périodes de la vie, et cependant il en existe parfois d'assez volumineux qui, par leur masse, peuvent comprimer, distendre, tirailler, irriter le péritoine. Les conséquences en seront une péritonite, ou à un moindre degré, du péritonisme. Nous ne pouvions rejeter complètement cette idée étant données les difficultés de l'examen. D'autre part, à cet âge, les kystes de l'ovaire sont de beaucoup plus fréquents que les fibromes; ils peuvent donner lieu à de la péritonite, surtout s'il est davenn ce que l'on appelle la torsion du pédicule. Vous savez que c'est par ce pédicule que les vaisseaux arrivent au kyste; la torsion empêche la circulation de la poche qui s'enflamme et amène par voisinage ou propagation des phénomènes de réaction péritonéale.

Nous avons encore examiné l'hypothèse d'nn sarcome s'étant développé aux dépens du petit bassin. Au premier abord, cette idée me séduisait un peu, d'autant plus que l'examen vaginal m'en fournissait certaines données. En effet, derrière l'utérus, je sentais une tumeur volumineuse, dure, n'attenant point à l'organe, absolument immobile et paraissant adhérer aux parois pelviennes. Ces caractères me faisaient penser à un sarcome parti du périoste d'un point quelconque de la ceinture pelvienne; et comme réaction secondaire alors, le néoplasme avait irrité le péritoine, d'où l'apparition d'une péritonite ou de phéuomènes de péritonisme.

Mais encore une fois, toutes les opinions que nous venons d'émettre ne reposaient que sur l'existence de tel ou tel symptôme isolé; le groupement des symptômes, si nécessaire et seul valable pour établir uu diagnostic ferme, ne pouvait être obtenu par suite d'impossibilité de l'examen complet; toutes nos suppositions portaient en elles-mêmes un point faible que nous ne pouvions élucider à fond. Il nous fallut bieu nous contenter du traitement des symptômes de péritonite, afin de ramener le calme de ce côté et de permettre par ce moyeu des investigations ultérieures. Nous avons ordonné alors des cataplasmes laudanisés permanents sur le ventre, des lavements également laudanisés, de la morphine en injections hypodermiques, et enfin le repos complet et absolu au lit dans le décubitus dorsal. Comme régime, nous n'avons permis que le lait, avec l'adjonction de glace s'il se reproduisait des vomissements.

Les vomissements, malgré ces précautions, se sont continués, mais à un degré moindre de fréquence pendant vingt-quatre heures, hier matin, en effet, nous avons encore pu examiner le contenu d'nne cuvette remplie de matières verdâtres, porracées; cependant l'amélioration apparaissait, déjà notable. Le ballonnement du ventre était beaucoup moins accentué; la douleur abdominale avait cédé dans une large mesure, bien que l'examen fût encore impossible. Ce matin même, tout s'est encore simplifié; on peut dire que les phénomènes surajoutés ont disparu; aussi avons-nous pu étudier à fond chacnn des symptômes et cette fois poser un diagnostic sérieux.

La température était retombée tout près de la normale, et le pouls ne présentait plus rieu de particulier. La langue était humide et belle; les vomissements avaient cessé et la malade accusait même une certaine sensation de faim. L'état du ventre s'était à peu près complètement modifié; il avait repris un peu de souplesse; la sensibilité excessive du début avait dis-

---

Et cependant malgré tous les avantages que je reconnais à ce travail, je signalerai qnelqnes lacunes. Ainsi, j'aurais désiré trouver un peu plus d'étymologie dans ce dictionnaire qui forcément représente plutôt un lexique, car on ne nous y donne souvent, on ne peut nous donner qu'une simple définition, qui parfois paraîtra insuffisante; exemples :

Kératome : Tumeur de la cornée.

Délétère : Gaz. Toxique.

Dégout : Répugnance.

Fusibilité : propriété des substances qni peuvent se fondre.

Pourquoi ne mettrait-on pas dans une nouvelle édition que j'espère prochaine, la désignation du genre du mot? Cela ne tiendrait guère de place, *s. f.* ou *s. m.*, et ne manquerait pas d'ntilité surtout quand il s'agit de mots nouveaux ou inconnus. Doit-on dire le kola ou la kola, le on la diméthiloxyquinizine?

Le doute est permis, et d'autant plus qu'il existe des divergences pour des mots plus ancieus.

(*A suivre.*) Dr Albertus.

paru pour faire place aux phénomènes habituels de sensibilité; on pouvait le palper. le percuter un peu partout; en un mot les manifestations douloureuses de la péritonite ne mettaient plus obstacle aux examens superficiel et profond.

Nous constations alors que l'abdomen était très volumineux et de forme irrégulière. Le développement dans la partie gauche était plus accusé, plus accentué qu'hier. Ces différences de volume pouvaient bien être soupçonnées il y a quelques jours, mais un tympanisme très accentué en distendant fortement les parois abdominales, ne permettait pas d'en délimiter aisément les contours et les saillies. Tout ce que l'on pouvait dire, et cela déjà constituait un grand élément pour le diagnostic, c'est qu'il existait une tumeur située à gauche pour la grande part de son volume, débordant cependant de l'autre côté de la ligne médiane et s'étendant vers la droite à environ trois travers de doigt de la ligne blanche.

En haut l'on pouvait également lui assigner des limites, toujours, bien entendu, d'une façon approximative; dans ce sens, la tumeur dépassait l'ombilic. En dehors, et sur la gauche, elle se prolongeait vers la fosse iliaque, qu'elle remplissait à peu près complètement; il était impossible d'en fixer les bornes en arrière. En bas, elle se confondait avec le bourrelet si caractérisé que nous avions senti et signalé dès le premier jour de l'examen dans l'excavation pelvienne.

Le palper nous donnait également des indications très importantes. Si elles n'étaient pas absolues, elles étaient fort précieuses, et la délimitation, quelque imparfaite qu'elle fût, nous montrait au moins en quels points nous devions rechercher les autres renseignements. Selon les endroits, la consistance de la tumeur était variable. En avant et en bas, c'était une tumeur solide, à surface dure ou demi-dure avec de très légères inégalités. Mais plus haut et vers la gauche, elle présentait une rénitence accusée, assez élastique, telle que le pourrait faire un kyste distendu et renfermant une quantité considérable de liquide. C'était là, en somme, une sorte de fluctuation, mais une fluctuation très incomplète; il existait certainement en cet endroit une poche remplie de liquide.

Nous avions donc affaire à une tumeur à la fois demi-solide et demi-kystique; la palpation nous indiquait assez bien ses limites et ses qualités; la percussion vint compléter notre examen. Une zone de sonorite en haut et à droite nous indiqua que là se trouvait rejetée la masse intestinale; tout à fait à droite, il n'existait qu'une simple diminution de résonance; mais à gauche la matité était absolue.

Disons en passant et par manière de parenthèse, que souvent la matité absolue du ventre ne peut être constatée quelles que soient les masses qui l'emplissent; car celles-ci peuvent reposer directement sur l'intestin qui résonne et par suite la sonorité n'est pas toujours complètement abolie. (*A suivre.*)

---

## HYGIÈNE

### SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Par M. Javal, membre de l'Académie de médecine.

(*Suite*) (1).

Quand j'ai entrepris, sur le terrain législatif, une campagne pour réagir contre la dépopulation, ma première pensée a été de me concerter avec quelques hommes compétents, et nous avons trouvé que la plus urgente des mesures à prendre était de connaître la composition des familles en France. Deux de mes amis, MM. Cheysson et J. Bertillon, se chargèrent de l'affaire au Conseil supérieur de statistique. Ils obtinrent qu'au recensement de 1886 on demandât à chaque Français le nombre de ses enfants. En 1888, nous obtenions enfin le renseignement désiré; ce qui n'a été tenté dans aucun autre pays avait été fait en France et nous étions en possession du tableau suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.073.000 | familles n'ont pas d'enfants | | |
| 2.542.000 | — | en ont | 1 |
| 2.665.000 | — | — | 2 |
| 1.512.000 | — | — | 3 |
| 937.000 | — | — | 4 |
| 550.000 | — | — | 5 |
| 313.000 | — | — | 6 |
| 232.000 | — | — | 7 ou davantage. |

De plus, on a pu voir à l'Exposition universelle un cartogramme dressé par M. Turquan, où se lit la répartition des familles dans chaque département. Enfin l'application de la loi d'exonération d'impôt des familles de sept enfants nous a donné des renseignements approximatifs sur la situation d'aisance des familles nombreuses.

Mais les renseignements statistiques sont bien difficiles à interpréter, si l'on ne s'éclaire pas en même temps par l'étude d'un certain nombre de cas individuels; je crois avoir beaucoup appris par les nombreuses lettres de pères de famille que m'a valu ma longue campagne démographique.

Quand on retourne sous toutes ses faces la question qui a été si opportunément soulevée par Lagneau devant l'Académie, on arrive nécessairement à cette conclusion, que si les lois sont habituellement faites à l'image des mœurs, inversement les lois ont sur les mœurs une influence tout à fait dirimante, et qu'une série de mesures législatives prises simultanément pourraient parfaitement enrayer la dépopulation. C'est ce que j'essaierai de démontrer plus tard; aujourd'hui, je me bornerai à examiner rapidement les mesures proposées par M. Lagneau pour améliorer nos fâcheuses conditions démographiques :

M. Lagneau propose d'abord une série de mesures destinées à *restreindre le célibat et la natalité illégitime pour favoriser et hâter le mariage et la natalité légitime.*

Je ferai observer tout d'abord que le célibat n'est pas plus fréquent en France qu'ailleurs. J'ai eu l'occasion en 1870, comme médecin militaire, d'examiner plusieurs milliers de ceux qu'on appelait les *vieux garçons*, et j'avoue que ces célibataires de vingt-cinq à quarante ans avaient pour la plupart une tare : j'aime autant les voir rester célibataires, et s'il existait quelque part pour les filles, une institution analogue au conseil de revision, je m'imagine que la plupart de celles qui ne se marient pas ont été désignées pour le célibat par une sélection assez judicieuse.

Quant aux mesures proposées par notre confrère pour restreindre la natalité illégitime, elles n'ont rien à voir ici, puisque c'est une augmentation de natalité que nous désirons. Toute cette partie des propositions de M. Lagneau est inspirée par des sentiments de moralité, mais si l'on veut bien relire la partie de ses conclusions, on voit que sa proposition d'alléger le service militaire en temps de paix est la seule qui puisse avoir une action sur la natalité.

M. Lagneau propose ensuite une série de dispositions *pour restreindre la morbidité, la mort inatalité et la mortalité*. Je ne veux pas discuter point par point les neufs propositions réunies sous ce titre. Je me bornerai à réfuter la première, qui est ainsi conçue :

(1) Voir le précédent numéro.

« Créer des maternités ouvroirs où les femmes indigentes, épouses ou filles-mères, privées de leurs emplois par suite de leur grossesse, plusieurs mois avant leur accouchement, en ne travaillant que proportionnellement à leur peu de validité, trouveraient asile et soins ; où après leur accouchement, elles pourraient rester plusieurs mois en allaitant leurs enfants. »

Je me figure que M. Lagneau qui, quelques lignes plus loin, se plaint de l'immigration des citadins vers les villes, désire que ses ouvroirs soient fondés dans tous nos cantons ruraux ; avec la douce existence qu'on y mènerait, je m'imagine qu'il faudrait y donner asile à bien des postulantes. Je ne vais pas jusqu'à penser qu'on y verrait naître annuellement les neuf cent mille enfants qui nous font défaut, mais sans parler des frais d'édification des ouvroirs, la depense annuelle de leur entretien dépasserait bien vite le budget d'un de nos ministères.

Notre collègue, M. Rochard, évalue à 250 millions la dépense annuelle qu'il faudrait faire « pour élever les enfants que l'hygiène peut arracher à la mort et les conduire jusqu'à leur quinzième année ». Il croit qu'on pourrait conserver ainsi plus de cent mille enfants par an.

On oublie trop, dans notre milieu médical, que les frais de toute dépense d'assistance sont supportés par l'impôt et que, pour l'immense majorité des contribuables, une augmentation d'impôt est une diminution de nourriture. L'assistance publique, qu'il faut maintenir dans une certaine mesure, n'est pas sans présenter de graves inconvénients. Quand elle est trop bien organisée, elle est un puissant encouragement à la paresse et à l'imprévoyance, et il est immoral de la subventionner par les produits d'impôts qui frappent la partie laborieuse et prévoyante de la population. Si l'on pouvait revenir à la loi de Lycurgue et aider à mourir, le lendemain de leur naissance, tous les enfants mal constitués, on rendrait à la nation le service le plus signalé et je ne vois pas sans appréhension les progrès de l'Assistance publique, qui enlèvent le pain de la bouche des travailleurs pour entretenir à grands frais des milliers de non-valeurs dans les hospices.

Enfin, la troisième partie des conclusions de M. Lagneau indique les moyens qu'il croit propres à *favoriser l'accroissement de notre population.* Il propose à cet effet d'augmenter la prospérité de notre industrie et de notre commerce et de naturaliser aussi promptement que possible les étrangers qui viennent résider en France.

Personne ne viendra, je pense, constater cette troisième partie des conclusions qui nous sont proposées.

J'ai terminé la partie critique de mon travail.

J'aborde maintenant la partie la plus difficile de ma tâche, celle de donner quelques indications sur les réformes qu'il serait utile d'introduire dans les lois pour favoriser la natalité.

Il n'y a pas à se le dissimuler, des réformes de ce genre, surtout en matière fiscale, ne peuvent se réaliser qu'avec la plus extrême difficulté car ceux qui en profitent n'expriment jamais leur reconnaissance : le législateur est, au contraire, assourdi des plaintes de ceux qui font les frais du progrès.

*Les contributions indirectes.* — Aucune mesure ne profiterait plus aux familles pauvres que la suppression de toute contribution indirecte sur les objets de toute première nécessité. Ce n'est pas ici le lien de discuter si l'application de ce système, qui a fait la prospérité de l'Angleterre et des États-Unis, n'aurait pas un effet désastreux sur l'agriculture nationale Tout ce que j'ai à constater, c'est que l'abolition de tout droit sur le blé, la viande, le sel, le sucre et le coton diminuerait de plus d'un tiers les dépenses d'un ménage d'ouvriers et qu'avec ces droits en moins, le père pourrait nourrir quatre enfants aussi bien qu'il en nourrit deux aujourd'hui. — Mais les intérêts qui entreront en lutte au moment de l'expiration des traités de commerce seront beaucoup trop bruyants pour que la voix de la démographie ait une chance quelconque d'être entendue.

D'ailleurs, la suppression des taxes sur les objets de toute première nécessité ne favoriserait la natalité que parmi la partie la plus besogneuse de la nation ; j'ai dit, dans la dernière séance, que c'est plutôt dans la partie aisée qu'il y aurait intérêt à voir augmenter le nombre des naissances ; les mesures que je recommanderai tout à l'heure me paraissent surtout devoir agir au profit des petits propriétaires cultivateurs, qui forment la partie la plus vigoureuse de la nation.

*Les primes et les amendes.* — La première idée qui se présente à l'esprit est qu'il serait possible d'augmenter la natalité en donnant des primes. Ce système recommandé de temps en temps par quelque journal, ne soutient pas l'examen le plus superficiel. Nous avons vu, en effet, que c'est la naissance du quatrième enfant par famille qu'il faudrait encourager ; or, d'après le tableau ci-dessus (p. 341), la France comptait en 1886 plus de 1,512,000 familles de trois enfants et 937,000 familles de quatre entants ; la différence est de 575,000 ménages qu'il faudrait encourager à se charger d'un quatrième enfant. Il n'est pas besoin de longs calculs pour voir qu'une prime suffisante pour décider une partie de ces familles à entrer dans les vues du législateur constituerait pour le budget une charge absolument formidable. Tout au plus, une prime de ce genre, qui serait nécessairement modique, pourrait-elle agir sur l'esprit de parents absolument misérables, ce qui n'est pas à désirer, puisqu'on a vu plus haut l'intérêt qu'il y aurait à favoriser les naissances ailleurs que dans le prolétariat.

D'ailleurs, le système des primes ne saurait fonctionner sans un coulage considérable. Avec toutes les formalités et les frais de perception et de répartition, pour donner une prime de 10 francs au contribuable Paul, il faudrait demander plus de 15 francs au contribuable Pierre. Si l'on veut favoriser Paul, il vaut mieux recourir à l'exemption d'impôt, dont je parlerai plus loin.

C'est dans cet ordre d'idées des primes, qu'un député de l'Yonne, V. Guichard, avait tenté de faire revivre une loi du siècle dernier mettant à la charge de l'État un enfant de chaque famille qui en compterait plus de six. Bien qu'à cette époque on n'eût aucun renseignement sur le nombre des familles de sept enfants, j'ai démontré en 1885 que cette loi dépassait de beaucoup les ressources budgétaires, et il a fallu l'abroger. Son application eût exigé une dépense annuelle de plus de cent millions pour obtenir ce résultat, peu désirable, de laisser dans une famille six enfants dans la misère pendant que le septième aurait reçu, à grands frais, dans un établissement de l'État, une instruction dont il était hors d'état de profiter.

La commission des bourses tient compte des situations de famille de la manière la plus équitable; pour peu qu'un candidat aux bourses ait passé de bons examens, on étudie son dossier avec la plus grande bienveillance quand il appartient à une famille nombreuse. Tout ce qui peut être fait dans cet esprit est donc fait et bien fait.

On voit également surgir de temps en temps des propositions consistant à mettre, sous forme d'augmentation d'impôt, une sorte d'amende sur les célibataires. D'une disposition de ce genre pourrait découler une ressource pour le Trésor, mais,

e ne crois pas qu'il en résulterait une diminution du nombre des célibataires.

On verra plus loin que je propose une augmentation d'impôt pour les citoyens qui n'ont pas d'enfants : les célibataires trouveront naturellement leur place dans cette catégorie. Je ne pense donc pas qu'il y ait lieu de mettre d'impôt spécial sur les personnes qui ne veulent pas se marier. Il faut continuer à favoriser les familles nombreuses dans toutes les circonstances où cela est possible, notamment quand il s'agit de collation de bourses, de secours en cas de calamités publiques, de facilités de transports sur les chemins de fer, etc.

*L'exemption d'impôts directs.* — Je n'ai jamais ni pensé, ni dit, ni écrit que l'exemption d'impôt mobilier accordée aux familles de sept enfants aurait un résultat quelconque sur la natalite. J'ai cru et je crois encore que le vote de cette exemption a été un acte de justice distributive. Je crois surtout qu'en l'obtenant j'ai réussi à frapper l'opinion publique et à faire connaître au pays tout entier les périls de notre situation démographique. On trouvera plus loin, comme annexe à la présente communication, des extraits d'un article que M. J. Bertillon a fait paraître sur « la loi des sept enfants », dans la *Revue scientifique*, du 19 juillet dernier.

Je le répète, la « loi des sept enfants » ne fera pas augmenter la natalite, mais elle fait partie d'un système général que je tiens à exposer ici :

La déclaration financière de 1791, à laquelle il faut toujours se reporter quand on veut avoir une notion philosophique du système d'impôts imaginé par les économistes du siècle dernier, organisait *l'impôt sur le revenu fondé sur des signes certains*, ce qui est l'idéal de la justice en matière d'impôts. Pour déterminer la part contributive de chacun, on établissait d'abord une présomption de son revenu en se fondant sur les signes extérieurs de la richesse, parmi lesquels la valeur de l'habitation occupait le premier rang. Mais on avait compris que si la valeur locative de l'appartement est un signe d'aisance, cela n'est vrai que *toutes choses égales d'ailleurs*; on n'avait pas oublié cette vérité évidente que l'augmentation de loyer causée par la nécessité d'abriter une nombreuse famille n'est pas un signe de richesse. Pour tenir compte de cet élément essentiel, les contribuables étaient divisés en classes, d'après la valeur de leur loyer, mais on les déplaçait d'un certain nombre de classes suivant qu'ils avaient plus ou moins d'enfants. Cet admirable système de 1791 ne fonctionna jamais parce que, dans ces temps troublés, il ne fut pas possible d'improviser un personnel qui dressât des rôles réguliers. En 1801, le premier consul, qui n'était jamais préoccupé que des nécessités du moment simplifia les choses en ne gardant plus que le seul chiffre de loyer comme signe de richesse, et c'est ainsi que l'impôt sur le revenu devint l'impôt mobilier tel qu'il fonctionne encore aujourd'hui. (*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

### TABES DORSALIS

*Suite.*

IX — CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DU TABES. UN CAS D'OPHTHALMOPLÉGIE EXTERNE POLYNEVRITIQUE, par le Dr G. ROSSOLIMO. (*Neurologisches Centralblatt* 1890, n° 20 p. 612.)

X. — UN CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE AVEC PARALYSIES NUCLÉAIRES DES NERFS CRANIENS, par le Dr PETERSON (*Journal of nervous and mental disease*, 1890. T. XV. p. 450.)

XI. — SUR LES TROUBLES TROPHIQUES SURVENANT DANS LES CAS DE TABES, par le Dr FELDMANN (*Wjestnik psichiatri i neuropatologie* 1889, T. VII fasc. 1. en langue russe.)

XII. — ATROPHIE MUSCULAIRE DANS UN CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE par le Dr G. SUCKLING (*The British medical Journal*, 9 novembre 1889. p. 129.)

XIII. — SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE DES CORDONS LATÉRAUX DANS LE TABES DORSALIS, par le Dr SCHMAVS. (*Deutsches Archiv. für Klin. Medicin* T. 46. fasc. 2. p. 113.)

XIV. — SUR LA THÉORIE DES TROUBLES MOTEURS TABÉTIQUES, par le Dr MADER (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 19 et 20).

XV. — SUR LE MÉCANISME DE LA SUSPENSION DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par le Dr J. CAGNEY (*The Lancet*, 18 janvier 1890.)

XVI. — SUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES MOTEURS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par le Dr FRENKEL (*Neurologisches Centralblatt*, 1890. n° 20 p. 636.)

XVII. — TROIS CAS DE TABES TRAITÉS PAR LA PENDAISON; HYPERPYREXIE CONSÉCUTIVE DANS UN CAS, par le Dr H. WHITE, (*The Lancet*, 4 janvier, 1890).

IX. — Un homme de 50 ans, menant une existence régulière, peu fatigante, mais ayant fait jadis quelques excès *in baccho et venere*, avait contracté la syphilis en 1884. A la suite d'un traitement spécifique, les manifestations de cette maladie s'étaient dissipées pour ne plus reparaître ; depuis dix ans le patient était sujet à des accidents hémorrhoïdaires et rhumatismaux. Deux fois il avait eu de la cystite. Depuis longtemps d'ailleurs, il était en proie à la neurasthénie.

Le 15 août 1889, en sortant d'un théâtre, il fut pris d'un frisson violent. Le lendemain, au réveil, il était dans l'impossibilite d'ouvrir l'œil gauche, il voyait double, il avait du vertige, il titubait en marchant. Il lui semblait aussi qu'il voyait les objets en plus petit, que les rues étaient plus longues et plus étroites que d'habitude. Le médecin qui le vit, constata l'existence d'une parésie gauche de quelques rameaux externes de l'oculo-moteur. Le lendemain, les manifestations sus-dites avaient gagné en intensité ; la parésie avait envahi l'œil droit ; ptosis prononcé surtout à gauche. Le malade était dans l'impossibilité de marcher, ses paupières étant maintenues relevées; il éprouvait une violente sensation de constriction céphalique. Trois ou quatre jours plus tard, le malade ressentit une douleur dans le bras gauche, et des sensations de paresthésie en différentes régions du corps. Toutes ces manifestations gagnèrent en intensité pendant les jours suivants.

Huit jours après le début des accidents, on soumit le malade à une cure antisyphilitique très énergique (frictions mercurielles, iodure de potassium à l'intérieur) et à la galvanisation des nerfs oculo-moteur et grand oblique. Après huit jours de traitement, ces symptômes oculaires avaient presque complètement disparu ; au bout d'un mois, il n'en restait plus de traces. Mais toute différente fut l'évolution des autres symptômes. Les troubles de la sensibilité allèrent s'accentuant, du moins dans certaines régions du corps; il s'y ajouta des douleurs lancinantes, environ trois mois après le début de la maladie. Le cinquième mois on constatait du myosis spinal, le phénomène de Romberg, l'impuissance virile, des troubles urinaires (rétention).

L'auteur a discuté longuement l'interprétation à donner de ce cas, pour conclure que, chez son malade, il s'est développé, sur un terrain syphilitique, et à la suite d'un refroidissement, une névrite multiple. Celle-ci a intéressé une série de nerfs spinaux, les premiers ramuscules des deux trijumaux ainsi que les nerfs oculo-moteur et grand oblique des deux côtés. Puis le processus periphérique a remonté le long des racines posterieures, pour s'étendre à cette portion des organes sensitifs

de la moelle dont l'altération se traduit par les symptômes du tabes.

X. — L'observation du malade de Peterson avait déjà été publié précédemment par le professeur Seguin, sous le titre d'ophtalmoplégie interne et externe bilatérale. Seguin avait prévu la possibilité de voir la maladie en cause dégénérer en tabes. Ces prévisions se sont réalisées; voici les symptômes que Peterson a constatés chez le malade : Paralysie complète de tous les muscles de l'œil droit, du muscle droit externe excepté, qui était simplement parésié. A gauche, le muscle grand oblique seul avait conservé un certain dégré de contractilité. Des deux cotés il y avait de la mydriase, un défaut de réaction des pupilles, la paralysie de l'accomodation; l'acuité visuelle était sensiblement normale. Les muscles masseters, temporaux, ptérygoïdiens étaient à la fois atrophiés et parésiés; il existait en outre une légère parésie des muscles de la face, à gauche. Les quatres membres étaient frappés d'incoordination motrice; le phénomène du genou était aboli des deux cotés. Il y avait en outre parésie des sphincters, anesthésie aux doigts et aux membres inférieurs, sensation de constriction thoracique; pas de douleurs lancinantes, pas de crises tabétiques.

En outre, un grand nombre de muscles étaient atrophies on atteints dans leur énergie contractile, ainsi le trapèze à droite, l'extenseur du pouce, l'abducteur du petit doigt et tous les lombricaux à gauche; l'opposant et l'abducteur du pouce de la main droite.

XI. — L'observation de Feldmann est un nouvel exemple d'hémiatrophie de la langue, survenue dans le cours et à titre de manifestation du tabes dorsalis. Suivent des considérations générales sur les troubles trophiques du tabes.

XII. — L'observation de M. Suckling concerne un cas de tabes dorsalis survenu chez un sujet qui, lors d'un séjour en Amérique, avait eu les fièvres intermittentes. C'était la seule cause qu'on put découvrir à sa maladie nerveuse; il n'y avait pas, notamment, d'antécédents de syphilis, ni d'hérédité neuropathique. Ce cas de tabes se compliquait d'une atrophie musculaire très prononcée aux mains, moindre aux pieds.

XIII. — La partie clinique de l'observation de Schmans avait déjà été publiée précédemment par Stintzing, (*Erlenmeyer's für Centralblatt Nervenheilkunde* 1886, n° 3). Il s'agit d'un homme adulte, qui est resté malade pendant quatre années et demi, et qui a présenté un ensemble de symptômes se rapportant au tabes dorsalis, moins l'abolition du réflexe patellaire, et, en plus, du tremblement fibrillaire, des atrophies musculaires, des paralysies partielles mais persistantes.

A l'autopsie de cet homme, on a trouvé une dégénérescence des cordons postérieurs et d'une partie des cordons latéraux, cette dernière, de date plus récente, et présentant tous les caractères d'une lésion systématique. L'auteur s'est attaché à démontrer que cette dégénérescence des cordons latéraux constituait en somme une forme mixte d'affection systématique, combinaison d'une dégénérescence partielle des faisceaux pyramidaux latéraux et d'une dégénérescence non systématique des faisceaux cérébelleux latéraux; que, dans son ensemble, le cas se rattachait au tabes dorsalis.

XIV. — La théorie de M. Mader peut se résumer dans ces quelques lignes : l'ataxie tabétique ne consiste pas dans un trouble des centres et des faisceaux conducteurs de la motilité; elle reconnaît pour cause la suppression fonctionnelle de voies réflexes sensitives, à savoir : *a* des faisceaux spinaux qui concourent à la production des réflexes tendineux (mouvements désordonnés, démarche traînante et piétinement, incertitude des mouvements de préhension, etc.); *b* des faisceaux compris dans les cordons postérieurs et remontant au cervelet, chargés de la transmission des impressions inconscientes qui règlent l'équilibre (vertige, démarche titubante, vacillante, phénomène de Romberg).

Seules, les manifestations du premier groupe sont caractéristiques du tabes dorsalis. D'autre part les troubles de la sensibilité peuvent rendre compte de l'abolition des réflexes pupillaires, de la parésie de la vessie, du rectum, des organes génitaux, étant donné que les impulsions destinées à mettre en jeu l'activité de ces organes sont transmises par des voies sensitives.

De même encore, on s'explique les troubles vaso-moteurs, depuis que nous savons par les recherches de Stricker que les filets vaso-moteurs destinés aux membres inférieurs sont compris dans les racines postérieures. Enfin, les arthropathies tabétiques paraissent avoir pour point de départ habituel, une analgésie des surfaces articulaires.

XV. — M. Cagney a entrepris des recherches dans le but d'étudier le mode d'action de la pendaison, dans les cas de tabes. Ces recherches, qui ont été faites sur des sujets vivants et sur des cadavres, l'ont amené à conclure qu'un des effets immédiats de la pendaison consiste dans une diminution de la distance qui sépare la première vertèbre dorsale de la dernière vertèbre lombaire. Habituellement il se produisait en outre un allongement de la région cervicale, moindre toutefois que le raccourcissement en question. Des mesures prises sur le cadavre ont démontré que, de même, il se produit un allongement notable de la face antérieure du rachis, peu prononcé à la région cervicale, nul à la région lombaire, atteignant son maximum à la région dorsale.

L'effet total se traduit en somme par un redressement des courbes décrites par le rachis. L'effet sur la moelle et ses enveloppes varie suivant que dans la région considérée le névraxe décrit une concavité ou une convexité, suivant l'influence que le poids du corps exerce sur les courbures du rachis. Il y a lieu de distinguer l'action exercée sur les méninges, et l'effet exercé sur la moelle. Le relâchement des enveloppes entraîne celui de la moelle, tandis que la tension des premiers n'entraîne pas forcément un effet similaire sur la seconde.

En somme l'auteur conclut de ses recherches;

Que le traitement par la pendaison entraîne un raccourcisment du canal rachidien, qu'elle n'entraîne aucune modification du segment lombaire de la moelle, tandis que dans la région cervicale les méninges subissent une tension; que l'effet principal porte sur la région dorsale du rachis, où la courbure de la colonne est la plus prononcée, et où les altérations tabétiques atteignent généralement leur plus haut degré. A ce niveau la moelle repose sur la convexité de la courbure rachidienne. La traction qui s'exerce sur elle entraîne l'écartement des corps vertébraux en avant, leur rapprochement en arrière, ainsi que le rapprochement des arcs vertébraux et des apophyses épineuses; en même temps la moelle subit un raccourcissement à ce niveau. Sur le vivant, cet effet est encore plus prononcé, grâce à l'intervention de la tension musculaire.

D'après cela la moelle, loin d'être élonguée, se relâche, et ce relâchement peut retentir sur les lésions tabétiques de deux façons différentes : mécaniquement, en détruisant des adhérences; puis en supprimant des difficultés au cours du sang.

En fait de nerf, seuls les splanchniques peuvent participer aux effets produits par la pendaison. Enfin, pour l'auteur, la pendaison par la tête est à la fois dangereuse et peu prati-

que. La pendaison par les aiselles donne seule de bons résultats.

XVI. — Dans deux cas de tabes. M. Frenkel a obtenu une diminution remarquable de l'incoordination motrice, en faisant exécuter aux malades des mouvement méthodiques : tous les jours pendant une ou deux heures, les malades tiraient des lignes droites, calquaient des circonférences, écrivaient leur nom, s'exerçaient à atteindre avec les doigts un point déterminé, etc. Sur une planche, sur laquelle on avait tracé une raie noire de la largeur d'une semelle, ils exécutaient des exercices de marche, suivant un programme déterminé, faisaient tourner une jambe au-dessus d'un cercle tracé sur le plancher.

Ce mode de traitement exige beaucoup de patience de la part des médecins et des malades, mais les résultats obtenus dépassent toute attente, pour ce qui concerne l'amélioration de la motilité.

XVII. — M. White relate trois cas de tabes traités par la suspension. Seul, les symptômes sur lesquels l'influence de la volonté peut s'exercer dans une certaine mesure (démarche, troubles de la sensibilité) ont été atténués. Mais la chose intéressante est que, dans un de ces cas, après la première séance de pendaison, la température corporelle du malade s'est élevé presque à 39°. Le même effet s'est reproduit après les séances suivantes, et finalement s'est établi un état permanent d'hyperpyrexie, qui ne s'est dissipé qu'après qu'on eut interrompu le traitement pendant sept jours. Puis de nouvelles séances de pendaison ont été suivies de nouvelles poussées d'hyperpyrexie, pendant lesquelles le pouls et la respiration n'étaient pas modifiés.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Terminologia medica polyglotta, a Concise International Dictionary of Medical Terms, compiled by Théodore Maxwell. — In-8, xiv-459 p. (Londres, J. et A. Churchill; Paris, G. Masson; Philadelphie, P. Blakiston fils et Cie, 1890).

Nous l'avons déjà dit, nous le répétons : ceux qui veulent se tenir au courant de la littérature médicale étrangère, ont besoin de consulter des dictionnaires et ceux qui font usage des dictionnaires ont souvent souhaité un livre portatif, assez compact pour comprendre plusieurs idiomes, assez concis pour être maniable. Nous connaissons bien quelques lexiques généraux, nous trouvons de très bons glossaires à la suite de nos grands dictionnaires, celui de Nysten par exemple, mais ils ne s'adressent qu'à des lecteurs d'une seule nationalité. Le dictionnaire de M. le docteur Maxwell, de Cambridge, nous paraît un essai des plus heureux; en voici l'ordonnance.

Le français a été choisi, nous dit l'auteur, pour base fondamentale; les mots français ont été par conséquent, traduits en latin, anglais, allemand espagnol, italien et russe. Les mots latins, anglais, allemands, italiens et espagnols sont traduit seulement en français et parfois aussi en anglais. Par exemple, un lecteur italien, ayant besoin de savoir ce que veut dire *Leiste*, mot allemand qu'il vient de lire dans un ouvrage quelconque, cherche ce mot dans le dictionnaire Maxwell et trouve, à la suite de *Leiste*, les mots groin, (anglais) et *aine*, (français); il doit alors chercher le mot *aine* et verra qu'il répond à l'italien *inguine*. Ce système permet de réduire le volume à 459 p. — J'ai eu déjà l'occasion de feuilleter assez souvent ces utile lexique et les erreurs y sont rares. En voici une que je signale aux éditeurs en vue de leur prochaine édition. Je lis au mot coiffe, le nom latin *pileus*, au mot pilens, je devrais trouver *coiffe*, mais je lis anglais : *Nipple shield*, français : *bout de sein*. C'est une petite correction à se rappeler. — Je me demande aussi, si le savant confrère qui a eu l'heureuse idée de ce dictionnaire utile, ne ferait pas bien d'ajouter les langues danoise, suédoise et hollandaise. La littérature médicale scandinave actuelle devient assez considérable, pour qu'on y prête quelque attention et nous ne pouvons ignorer le hollandais. Je sais bien que les médecins polonais, ne manqueront pas d'adresser une réclamation analogue, et je sais plus d'un confrère français qui voudrait y voir le grec. vu, la quantité considérable d'expressions nouvelles formées de nos jours, à l'aide de cette langue antique. J'adresse tous ces vœux, à M. Maxwell, en ajoutant que tel qu'il est, son dictionnaire polyglotte rendra chaque jour plus d'un service, à tous ceux qui n'ont ni le temps ni la place de réunir sur leur table de travail une demi-douzaine de gros dictionnaires.

Recherches sur les maladies vénériennes a Paris, dans leurs rapports avec la prostitution clandestine, et la prostitution réglementaire, de 1878 à 1887, par O. Commenge, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité, etc. — in-8°, vi-52 p. Paris, 1890.

Depuis longtemps les médecins sont effrayés de la propagation de la syphilis, ils savent que les ravages de cette affection ne frappent pas seulement ceux qui en sont directement atteints, mais frappent encore les femmes et les enfants par voie de contagion et d'hérédité. Il y a donc là, en permanence, un péril social.

D'accord sur ce point, les meilleurs esprits se divisent sur les voies et moyens à employer pour atténuer le mal. Les uns se déclarent pour la liberté absolue, les autres pour une répression plus énergique.

Les tableaux statistiques établis avec grand soin par M. le docteur Commenge, montrent bien l'utilité de la visite des femmes se livrant à la prostitution. Pour 1,000 visites, on trouve :

| | | |
|---|---|---|
| Chez les filles en maison | 2,70 | syphilitiques |
| Chez les filles en carte | 3,12 | — |
| Chez les filles arrêtées ou du dépôt | 23,96 | — |
| Chez les filles insoumises (ou prostitution clandestine) | 116 | » |

Le nombre des syphilitiques va donc en progression selon l'irrégularité ou le défaut des visites, et le résultat est le même, qu'il s'agisse des vénériennes non syphilitiques et des galeuses.

La visite, c'est-à-dire, comme conséquence, l'impossibilité de la transmission de la maladie s'impose donc. M. Commenge, l'Académie de médecine, tous les médecins démontrent la nécessité d'une surveillance rigoureuse de la prostitution, ils mettent en évidence le danger de la prostitution clandestine. Les médecins sont tout prêts à soigner les malades qu'on hospitalisera, à visiter ceux ou celles qu'on leur enverra dans les dispensaires : c'est aux législateurs a établir la surveillance. Notre savant confrère nous promet un travail complet sur la prostitution clandestine, il sera le bien venu.

Dr A. Dureau,

# BULLETIN

### LES EMPOISONNEMENTS ALIMENTAIRES ET LES PTOMAÏNES

— De tont temps on a connu l'influence nuisible des aliments corrompus sur la santé de l'homme; mais les anciens ne pouvaient avoir que des données très vagues concernant la cause de ces accidents qui engendrent de véritables empoisonnements tont à fait comparables à ceux que produisent certains principes extraits des végétaux. Rien de plus intéressant d'ailleurs, au point de vue de la pathologie générale, que cette question des intoxications alimentaires qui a déjà fait le sujet de nombreux travaux, aussi bien en France qu'à l'étranger. Parmi ces travaux, celui que MM. Labit et Pollin viennent de pnblier en collaboration est un des plns importants, nn de ceux que l'on consultera avec le plus de fruit, car il emprunte ses conclusions à nn nombre considérable de documents dont l'origine paraît offrir tontes les garanties de véracité exigibles en pareille matière. On reconnaîtra, après l'avoir lu, que la question des intoxications alimentaires est, de nos jours, devenue vraiment scientifique. En lenr qualité de médecins militaires, les anteurs ont été amenés plus d'une fois à s'en préoccuper et c'est ainsi qu'ils ont pn rassembler ce nombre important d'observations qui forme la base de lenr mémoire.

La description des accidents impntables anx intoxications alimentaires comprend, dans le livre de MM. Labit et Pollin, trois groupes principanx se rapportant respectivement aux accidents produits par les viandes gâtées — par les poissons — par les crustacés et mollusques. Mais il y a entre ces trois groupes une grande similitude clinique, on pourrait dire parfois une identité complète : et la même théorie pathogénique est applicable à tous trois. Il n'y a donc pas lien d'insister sur cette séparation, un peu trop schématique. On connaît, d'ailleurs, depnis longtemps, ces troubles, d'apparence légère ou grave, qui snivent l'ingestion d'aliments avancés. La plnpart des grands appareils de la vie organique sont intéressés, à des degrés divers. En premier lieu et par une snccession logique, figure l'appareil digestif dont l'irritation se tradnit par l'apparition d'un catarrhe gastro-intestinal plus on moins intense. La soif, l'épigastralgie, les vomissements, la diarrhée sont ici les phénomènes fondamentaux et à peu près constants. Leur absence est tout à fait exceptionnelle. Dans plns d'une circonstance, on les a vns acquérir une telle gravité que l'on a pn croire à l'invasion d'une attaque de choléra, (cyanose, asthénie musculaire, voix cassée et éteinte). Les troubles respiratoires se rencontrent surtout dans les cas graves : ils se traduisent par l'anxiété précordiale, la sensation de constriction thoracique, la dyspnée. On a même observé la paralysie de la respiration. Ces phénomènes d'apparence si inquiétante vont de pair avec un pouls d'abord vibrant, irrégulier, qui devient ensuite petit et misérable. La fièvre est constante et dans certaines petites épidémies locales on a même constaté une véritable hypertbermie. Non moins remarquables sont les phénomènes d'ordre nerveux : la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements y figurent d'une manière constante ainsi que l'anxiété, la sensation de faiblesse, les douleurs péri-thoraciques et rachidienne. Dans une épidémie locale, MM. Pollin et Labit ont même observé des sueurs profuses et des syncopes répétées allant jusqu'au collapsus, tous phénomènes qui témoignent de l'atteinte grave portée au système nerveux central. Sur le même rang, mais avec nne fréquence moindre, se placent les troubles de la vision, diplopie, amblyopie, dilatation papillaire. Enfin, quelques observateurs ont constaté des modifications du côté des urines qui diminuent et peuvent même se supprimer momentanément, ainsi que cela se voit dans les affections cholériformes.

Bien que très abrégé, le tableau que nous venons de résumer permet d'entrevoir les difficultés que le diagnostic peut offrir ici au médecin non prévenu ou laissé dans l'ignorance de la cause. Si le début a été brusque, si les phénomènes gastro-intestinaux prédominent en même temps que la faiblesse et l'accablement, l'idée d'une attaque de choléra se présentera naturellement à l'esprit. Une confusion plus fréquente est celle qui consiste à attribuer les accidents à l'invasion d'une fièvre typhoïde. Dans certains cas, la ressemblance est frappante, au point que plus d'un pathologiste serait tenté d'identifier deux affections entre lesquelles la similitude apparente des symptômes semble indiquer une étroite parenté. De fait, cette question soulève un point de doctrine très important : celui de savoir si la fièvre typhoïde ne pourrait avoir pour origine accidentelle l'ingestion de viandes altérées. Un médecin militaire distingué, Zuber, a soutenu cette thèse avec conviction dans un mémoire datant déjà de dix ans.

MM. Labit et Pollin l'ont discuté à leur tour et ont abouti à une conclusion négative, en alléguant comme raisons principales d'abord l'intégrité habituelle, sinon absolue, au moins relative du tube digestif chez les individus victimes de l'intoxication alimentaire, pnis la différence notable dans l'évolntion des symptômes. Ici le début est brusque et la durée de la maladie bien moindre. Il y a encore l'argument tiré du mode d'apparition des accidents qui, le plus souvent, ont frappé simultanément un groupe d'individns à la suite d'un repas pris en commun. On connaît de nombreux exemples de ce mode de contamination. MM. Labit et Pollin ont fait valoir toutes ces raisons et en ont fait un plaidoyer serré qui ne laisse plus guère subsister l'opinion à laquelle nous avons fait allusion plus haut.

Nous connaissons aujourd'hui la canse véritable des empoisonnements alimentaires, depuis que les recherches de Zélius, de Gautier, de Brieger ont déterminé la nature des poisons qui se développent dans les viandes corrompues. Nous savons que ces poisons sont de véritables alcaloïdes, parfaitement comparables aux alcaloïdes végétaux dont ils partagent des réactions chimiques et les propriétés physiologiques. Ce sont les ptomaïnes, que Gautier a isolées le premier et qui ont été l'objet de travaux extrêmement nombreux. Nul doute que ces alcaloïdes animaux ne jouent le rôle principal dans les phénomènes d'intoxication. Les expériences de Brieger sont particulièrement probantes à ce point de vue, mais quel est le mode de formation de ces ptomaïnes? L'opinion la plns probable est qu'elles proviennent des espèces microbiennes, dont la présence est constante dans les tissus animaux après la mort et même pendant la vie : elles représentent le produit de sécrétion et en quelque sorte le résidn de ces microbes. En adoptant cette hypothèse, extrêmement vraisemblable, on explique aisément ces faits en apparence contradictoires dans lesquels l'examen bactériologique a donné un résultat négatif; c'est que les microorganismes avaient disparu, détruits par le travail de putréfaction, et il ne restait plus que leurs produits de sécrétion, les ptomaïnes.

Cette dernière remarque nous conduit elle-même à l'explication d'un antre fait constaté depuis longtemps, celui de la diminution de la virulence dans les tissus morts, au fur et à mesure des progrès de la décomposition. Cette virulence paraît être à son apogée dans la première phase de la putréfaction : c'est que les microbes possèdent encore à ce moment toute leur activité biologique qui est destinée à décroître ensuite

d'une manière graduelle. Cette vérité scientifique avait été entrevue dès le commencement du siècle par le chirurgien Travers, à propos des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques : on peut aujourd'hui l'exprimer sous une forme plus concise, en disant que *la putréfaction tue la virulence*. Mais, au-dessus de cette formule se place cette autre plus générale, à savoir que l'*infection est fonction de microbes*.

A côté de cette première catégorie de cas, il en est d'autres où l'on ne peut invoquer la putridité. Ce sont ceux où les accidents ont apparu à la suite de l'ingestion de viandes fraîches, prélevées sur des animaux abattus trop récemment pour que la décomposition cadavérique ait eu le temps de se produire. Il faut bien admettre ici la préexistence d'un poison chimique développé durant la vie de l'animal : en l'espèce, il s'agit certainement de ces poisons appelés *leucomaïnes* que l'on a rencontrés chez des sujets vivants et qui paraissent liés d'ailleurs à différents états morbides. De fait, on les rencontre surtout chez les animaux surmenés ou malades ; ils semblent être eux-mêmes un produit pathologique des cellules altérées. Du reste il ne faudrait pas attacher une importance excessive à cette séparation entre les leucomaïnes et les ptomaïnes. Il existe entre ces deux classes de poisons des intermédiaires et il y a des intoxications mixtes qui rendent souvent difficile la détermination exacte de la responsabilité qui revient à chacun d'eux. D'ailleurs, n'a-t-on pas soutenu que la septicémie n'est autre qu'une putréfaction qui s'accomplit sur les vivants ? Ce qui donne à cette hypothèse un certain crédit, c'est ce fait que la décomposition s'opère très rapidement sur les cadavres d'animaux surmenés ou morts de certaines affections (*charbon*). On peut en inférer qu'elle était déjà en germe dans les tissus, ou moins quelques heures avant l'extinction de tout acte vital.

Une question assez embarrassante est celle de savoir pourquoi certains sujets jouissent de l'immunité vis-à-vis d'accidents qui atteignent gravement et même mortellement d'autres individus. MM. Pollin et Labit ont discuté la valeur des différentes théories proposées : la plupart ne peuvent s'appliquer qu'à des cas particuliers, mais il reste des faits inexplicables. Pour ces derniers, on est forcé d'admettre une prédisposition ou plutôt une résistance spéciale qui rend l'individu réfractaire à l'action spéciale d'un poison très toxique pour un autre individu. Si précaire qu'elle puisse paraître, cette interprétation vaut bien la théorie de l'épuisement, celle de la phagocytose et du contre-poison, dans chacune desquelles on pourrait trouver quelque chose à redire.

Etant données nos connaissances actuelles concernant l'origine et le mécanisme de certains empoisonnements alimentaires, peut-on en inférer les éléments d'une prophylaxie rationnelle ? En apparence rien de plus simple, et il semble que l'inspection minutieuse des viandes destinées à la consommation, inspection qui serait faite par des juges compétents, devrait être une garantie parfaitement suffisante : mais il faut compter avec les cas où ces viandes, encore fraîches, sont déjà toxiques, bien que nul signe extérieur ne trahisse leur altération. Ici le danger est grand et on ne pourra l'écarter que par un examen préalable minutieux des animaux encore vivants. Cette formalité est obligatoire aux abattoirs de Paris et c'est à l'exactitude avec laquelle elle est remplie que nous devons la bonne qualité des viandes livrées à la consommation dans cette grande ville.

En ce qui concerne les collectivités d'individus comme les régiments et les corps d'armée dont les déplacements sont fréquents et souvent lointains, on ne peut espérer les mêmes avantages et l'inspection des viandes faite rapidement, ou par des individus incompétents, ne donnera que des garanties illusoires. Pour éviter ce grave inconvénient, on a proposé une mesure qui a déjà rendu de grands services en plus d'une circonstance. L'achat du bétail sur pied et son parquage dans un lieu voisin des casernes et des campements, pour être abattu ensuite au fur et à mesure des besoins. MM. Pollin et Labit ont vu ce système fonctionner au Tonkin, de la manière la plus satisfaisante : l'application en grand ne paraît point offrir des difficultés insurmontables.

Les mesures prophylactiques sont d'autant plus nécessaires ici, que l'on ne peut guère faire fond sur les procédés de conservation considérés comme les plus efficaces. On sait aujourd'hui que de tous les procédés employés pour la fabrication des conserves, il n'en est pour ainsi dire pas un qui puisse être considéré comme à l'abri de tout reproche. Le perfectionnement ici n'a été que relatif et il faut toujours se défier de ces produits commerciaux, en dépit des séduisantes promesses du prospectus qui leur est annexé. Cette défiance est justifiée surtout quand il s'agit des conserves déjà vieilles et c'est alors qu'il convient de faire attention à certains caractères de grande valeur, tels que : la *liquéfaction de la gélatine*, la *saponification de la graisse*, les *modifications d'odeur et de consistance*, tous phénomènes qui accusent un travail de putréfaction commençante. La cuisson est-elle un procédé plus sûr et peut-on compter sur elle pour détruire on neutraliser les poisons chimiques développés dans les tissus animaux livrés à la consommation ? Si l'empirisme répond oui, la science, elle, répond négativement. Pour que la cuisson donnât une garantie certaine, il faudrait d'abord qu'elle fût complète et totale : en d'autres termes, il faudrait qu'elle fût répartie également dans toute la masse du morceau, ce qui n'arrive guère avec les gros quartiers de viande dont le centre échappe plus ou moins à l'action du feu. Ensuite il est démontré que certaines espèces microbiennes résistent à l'action des températures élevées et conservent nonobstant une vitalité dangereuse. Voilà deux objections qui suffisent à rendre illusoires les garanties que l'on a cru trouver dans la cuisson.

Nous venons de résumer brièvement les considérations relatives à la prophylaxie des empoisonnements alimentaires, d'après les vues de MM. Labit et Pollin. Nous leur avons donné le pas sur la question du traitement, parce que celle-ci n'offre pas de difficulté et que tout médecin instruit peut improviser ici une thérapeutique conforme aux indications. Ces dernières sont simples et assez uniformes ; elles commandent dans tous les cas l'usage des vomitifs pour expulser au dehors l'excès du poison et ultérieurement la prescription d'un régime antiphlogistique pour calmer les symptômes de l'irritation gastro-intestinale. Enfin, ce paraît devoir être ici le triomphe de l'antisepsie interne dont les agents principaux sont actuellement le naphthol, la naphthaline, le charbon. Devra-t-on essayer les lavements d'éther, à l'effet d'activer la fonction glycogénique du foie, activité qui est nécessaire à la transformation des alcaloïdes introduits dans cette glande par la veine-porte ? Cette pratique semble rationnelle depuis les travaux de Bouchard et de son élève Roger sur le rôle du foie dans l'élimination des poisons et il y aurait peut-être lieu d'en étendre les applications. En fait, il semble que l'emploi empirique de l'éther ait été souvent suivi de succès.

Nous terminons ici cette revue critique de la question des intoxications alimentaires, jugeant inutile d'accorder un chapitre à part à ceux qui se rattachent à l'usage du poisson et de certains autres aliments altérés (fromages, pommes de terre, pain), car les mêmes conclusions générales leur seraient applicables. Les considérations qui précèdent ont été emprun-

tées en grande partie au mémoire plein de faits et vraiment complet de M. Labit et Pollin : c'est rendre hommage au mérite des auteurs que de faire ici pareille déclaration.

P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

### Choléra

— *Mésopotamie.* — Tout le vilayet d'Alep est contaminé. D'après les dernières nouvelles il se serait montré au sud d'Alep, à Hama, sur la route qui va à Damas. C'est une menace pour Beyrouth et pour le littoral de la mer Méditerranée.

— En *Espagne*, on signale des cas de choléra à Murcie.

***

— Le ministre de la guerre, de concert avec le ministre de l'intérieur, vient de décider que les fonctionnaires de l'intendance seraient désormais remplacés dans la composition des conseils d'hygiène et de salubrité par les officiers du corps de santé militaire. En vertu de cette décision, l'article 3 de l'arrêté du 15 février 1840 se trouve modifié de la manière suivante : l'ingénieur des mines, l'ingénieur des ponts et chaussées, l'officier du génie chargé du casernement, le *médecin militaire du grade le plus élevé* ou le plus ancien dans le grade le plus élevé, l'architecte du département, les chefs de division ou de bureau de la préfecture chargés du service de la salubrité, de la voirie et des hôpitaux, pourront, dans le cas où ils ne feraient pas partie du conseil d'hygiène publique, être appelés à assister aux délibérations de ce conseil, avec voix consultative.

— Un projet de loi sera prochainement présenté par le ministre de la guerre pour porter de 1.180 à 1.400 le cadre des médecins militaires de l'armée active.

***

— Les médecins aliénistes de Lyon viennent de se réunir en une Commission ayant pour but l'organisation locale du prochain Congrès français de médecine mentale qui doit se tenir en 1891 dans cette ville; ils ont chargé cinq d'entre eux, MM. les docteurs Max-Simon, Albert Carrier, Henry Coutagne, Brun et Chaumier de centraliser dès à présent la correspondance et les autres documents.

***

— L'Institut Pasteur de Chicago a été inauguré le 2 juillet dernier. De cette date au 15 septembre, 24 personnes ont été inoculées, suivant toutes les règles. De ce nombre, 12 avaient été mordues par des chiens reconnus enragés; pour les 12 autres les renseignements étaient insuffisants. Il ne s'est, jusqu'ici, produit aucun accident.

## NOUVELLES

### Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Le comité s'est réuni le lundi 20 octobre, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Brouardel a lu un rapport sur la fièvre typhoïde dans l'armée et dans la population civile. Son rapport se divise en deux parties : I. Renseignements sur l'état sanitaire de la ville de Caen. — II. De la salubrité publique au point de vue de la défense nationale. Le rapport se termine par les conclusions suivantes :

« Il est urgent qu'une loi donne aux autorités sanitaires les pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

« Cette loi est préparée en ce moment par M. le ministre de l'intérieur, le comité compte sur l'intervention de M. le président du conseil, ministre de la guerre, pour aider au succès de cette œuvre patriotique.

« Il émet le vœu que ce rapport soit communiqué à M. le ministre de la marine. »

Après avoir adopté ces conclusions à l'unanimité, le comité a exprimé le vœu que M. le ministre de l'intérieur voulût bien faire insérer le rapport de M. Brouardel au *Journal officiel*.

***

### Faculté de médecine de Paris.

Cours de clinique chirurgicale. — Pendant le semestre d'hiver 1890-91, M. le professeur Simon Duplay fera ses leçons de clinique chirurgicale les lundi et vendredi de chaque semaine à 9 heures et demie, à partir du lundi 17 novembre, à l'hôpital de la Charité.

Le mardi sera consacré à la gynécologie, le jeudi aux grandes opérations, le mercredi et le samedi à l'étude des malades.

M. le Dr Rochard, chef de clinique, fera tous les mercredis à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique, des conférences sur l'examen méthodique des malades, suivies de démonstrations cliniques.

M. Cazin, chef de laboratoire, fera les samedis à 10 heures et demie, dans le laboratoire de la clinique chirurgicale, les démonstrations des pièces d'anatomie pathologique pouvant intéresser l'enseignement.

*Concours pour le clinicat chirurgical.* — Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 novembre 1890, à 9 heures du matin. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), avant le 10 novembre 1890. Le registre sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.

***

### Hôpitaux et hospices de Paris

Composition provisoire du jury de la *Médaille d'or*:

*Section de médecine* : MM. Marie, Joffroy, Potain, Fernet, Delens.

*Section de chirurgie* : MM. Duplay, Gérard, Marchant, Terrillon, Bar et Muselier.

*Concours pour l'internat des asiles d'aliénés.*

— Le lundi 15 décembre 1890, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en médecine, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Asile clinique (Sainte-Anne), Villejuif, Ville Evrard, Vaucluse et l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures, depuis le jeudi 13 novembre jusqu'au samedi 29 novembre 1890, inclusivement.

Pourront prendre part à ce concours, les étudiants en médecine, pourvus de huit inscriptions au moins, prises dans les Facultés de l'Etat et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de revaccination; 4° un certificat constatant qu'il est pourvu de huit inscriptions en médecine; 5° un certificat de bonne vie et mœurs.

*Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour une place de chirurgien adjoint s'ouvrira le 2 février 1891.

*Assistance publique de Paris.* — Concours des prix de l'internat. — Les jurys sont constitués de :

*Section de médecine* : MM. Potain, Joffroy, Marie, Fernet, Doléris.

*Section de chirurgie* : MM. Duplay, Terrillon, Gérard, Marchant, Muselier, Bar.

*
* *

**Corps de santé de la marine.**

Par décret en date du 13 octobre, M. Lafosse (Georges-Alexandre-Hippolite), médecin auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 1re classe.

— Le ministre de la marine a décidé que les élèves du service de santé des ports de Brest, Rochefort et Toulon, ralliant l'école principale à Bordeaux à la suite des vacances scolaires, n'ont droit à aucune indemnité de route.

Il en est de même en ce qui touche les élèves du service de santé se rendant auprès des Facultés de médecine pour y subir les examens du doctorat.

Toutefois, les uns comme les autres ont droit à la réduction des tarifs sur les voies ferrées, à la condition qu'ils aient souscrit l'engagement militaire.

— Le Conseil des ministres s'est occupé de la question du timbre de cinq centimes qui sera peut-être appliqué aux eaux minérales naturelles.

Le Conseil s'est prononcé en faveur de l'apposition d'un timbre de garantie sur les eaux minérales naturelles au moment de la mise en bouteille à la source. Ce timbre n'aura aucun caractère fiscal; le montant en sera égal aux frais de fabrication et d'apposition qui incomberont à l'Etat. Cette mesure a simplement pour but d'assurer l'authenticité des eaux minérales naturelles et d'éviter la fraude.

*
* *

— Les Drs Calmettes, Lubet-Barbon et Alf. Martin commenceront un cours particulier de laryngologie, de rhinologie et d'otologie le mardi 4 novembre à 1 heure. La durée du concours sera de 2 mois. Pour les conditions s'adresser à la Clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardi, jeudi, samedi de 2 à 4 heures.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 12 AU 18 OCTOBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2.— Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 51. — Méningite, 23 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36 — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 7.—Maladies organiques du cœur, 60.— Bronchite aiguë, et chronique, 52. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 70. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 77. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0.— Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 35. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 10. — Total 915.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris, — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre collaborateur R. Calmettes, décédé à l'âge de 39 ans, en pleine maturité de talent. et sans que rien eût pu faire prévoir une fin aussi prématurée.

Nos lecteurs trouveront dans le corps du journal les dernières pages qu'il nous avait adressées sur les maladies des oreilles et du nez, maladies pour lesquelles il avait acquis un renom justifié.



## CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Broussais. — M. le Dr Barth.

### KYSTE DE L'OVAIRE COMPLIQUÉ D'ACCIDENTS PÉRITONIQUES.

Leçon recueillie par M. R. Faure-Miller, interne du service.

*(Suite et fin)*. (1).

L'examen que nous venons de rapporter a élucidé bien des points obscurs de ce diagnostic difficile; il est complété par le toucher vaginal qui jette une vive lumière sur l'appréciation définitive de l'affection.

L'on constate d'abord une cystocèle vaginale légère; la paroi antérieure du vagin fait saillie au dehors de la vulve, et cela surtout dans les efforts de toux où le phénomène se produit d'une façon beaucoup plus accentuée.

Puis l'on tombe sur l'utérus et l'on voit que celui-ci, en somme, possède à peu près tous les caractères que l'on retrouve normalement chez une femme qui a dépassé depuis longtemps déjà l'âge de la ménopause; l'organe est petit, atrophié; le col est très haut et il est n'est pas aisé de l'atteindre; le corps est difficile à distinguer, car la matrice est remontée très haut et se trouve refoulée en haut et en avant, derrière le pubis, par une tumeur volumineuse.

Cette tumeur remplit toute la partie postérieure du petit bassin et se trouve située entre l'utérus et le rectum. Elle est lisse, dure, presque ligneuse; elle ne présente aucune bosselure nettement appréciable. Elle n'est point chaude et n'est animée d'aucun battement, ce qui exclut l'idée d'une tumeur inflammatoire quelconque; elle n'offre aucune mollesse, aucune rénitence, et en aucune façon cette sensation œdémateuse des inflammations péritonéales du petit bassin. L'idée de toute tumeur phlegmoneuse rejetée, nous nous trouvons donc en présence d'un néoplasme.

C'est un néoplasme qui est complètement indépendant de la muqueuse du cul-de-sac postérieur, laquelle glisse sur lui; il en est de même pour l'utérus qui, autant qu'on peut en juger, est libre d'adhérences. Celui-ci est mobile dans le sens latéral et de plus est de petite dimension.

Le toucher rectal, pratiqué pour contrôler et confirmer notre diagnostic, ainsi que l'on doit toujours le faire quand il s'agit de tumeurs du petit bassin, montre un rectum aplati,

(1) Voir le numéro précédent.

## FEUILLETON

### DICTIONNAIRES ET LEXIQUES MÉDICAUX

*Suite et fin* (1).

L'orbite oculaire était jusqu'à nos jours considéré comme du genre féminin, au même titre que lorsque ce mot orbite s'applique à l'astronomie. Buffon et les autres naturalistes l'accompagnèrent toujours d'un adjectif féminin. C'est un poète, c'est Lamartine qui le premier, je crois, l'a mis au masculin. Il est vrai que les exigences de la prosodie pouvaient lui servir d'excuse.

Mais depuis, l'on a imité cette innovation et l'Académie française a sanctionné ce changement de sexe dans la dernière édition de son Dictionnaire.

Si donc sont hors de cause, et les inflammations du petit bassin et l'hématocèle rétro-utérine, il ne nous reste plus

(1) Voir les numéros 42 et 43.

L'Académie en a d'ailleurs fait bien d'autres : *ratanhia* est devenu masculin de même que *glucose* et *pyrosis*, sauf erreur; et aussi *varicocèle*, tandis que l'on continue de mettre hydrocèle et hématocèle au féminin. Et quand je pense que quinquina fut féminin à l'origine !

On finirait vraiment par croire à un transformisme spécial pour les mots, transformisme qui leur permet de changer de sexe, à condition qu'ils passent du sexe féminin au sexe masculin (cyclone, sarcocèle, quinquina, etc.). Le réciproque ne se rencontre guère (1). Comme tout tend au progrès, voilà une preuve nouvelle de la supériorité du genre masculin sur le féminin.

Il est d'autres vétilles sur lesquelles je prendrais encore à partie moins M. Thomas que l'Académie française; et en particulier feu M. Sylvestre de Sacy, son porte-parole dans la dernière édition du Dictionnaire qui constitue à la fois la loi

(1) Cependant je constate que le mot *amulette* de masculin qu'il était devient féminin. Pourquoi cette déchéance? — Mystère et philologie!

repoussé à droite, mais parfaitement sain; la muqueuse est souple, sans induration d'aucune sorte, sans adhérence. Le tout nous enseigne que nous sommes en présence d'un néoplasme volumineux, dur, remplissant plus ou moins complètement la cavité de Douglas, repoussant le rectum en arrière et l'utérus en avant, et n'ayant contracté aucune adhéreuce avec l'un ou l'autre de ces organes.

beaucoup de diagnostics à émettre. Nous ne reviendrons pas sur les raisons qui nous ont permis d'écarter l'idée de pelvipéritonite ou de salpingite, mais nous nous contenterons de rechercher quelles tumeurs peuvent donner lieu aux symptômes que nous venons de constater au cours de notre examen.

Malgré l'absence de symptômes du côté de l'utérus qui, nous l'avons vu, n'offrait aucun caractère morbide, aucun phénomène qui pût faire penser que là était la cause possible de l'affection actuelle, nous ne devons cependant pas rejeter de prime abord l'idée de fibrome utérin; bien que ce dernier se développe surtout avant la ménopause, il peut cependant se montrer après cette époque. Quel que soit le moment où il apparaisse, il est très variable dans sa forme, dans son évolution, dans son siége, aussi variable que peut l'être le kyste hydatique pour le foie. Malgré cette possibilité, nous n'acceptons point ce diagnostic, car si un fibrome aussi volumineux que nous le donne à supposer les dimensions de l'abdomen de notre malade était intra-utérin, il aurait amené à sa suite une déformation très notable et une hypertrophie considérable de l'utérus.

Reste le fibrome pédiculé sous-péritonéal. Mais cette tumeur serait demeurée encastrée dans la cavité péritonéale, en comprimant l'uretère avec toutes les conséquences d'une rétention urinaire plus ou moins complète, ou le rectum, avec les suites que nous en connaissons tous. Or, nous ne constatons aucun phénomène de ce genre. Une autre hypothèse permettrait de concevoir que ce fibrome se fût développé en avant de l'organe de la gestation; mais alors, et par le fait même, nous ne retrouverions rien dans la cavité de Douglas, nous ne constaterions au doigt aucun des symptômes que nous avons signalés au cours de notre conférence; nous n'aurions pas une tumeur siégeant à la fois dans l'abdomen et dans la cavité pelvienne; enfin le fibrome eût évolué d'une façon très lente, bien autrement que la tumeur que nous avons actuellement sous les yeux.

De par toutes ces considérations, définitivement nous avons écarté le diagnostic de fibrome.

S'agit-il d'un kyste ovarien?

Cela est vraisemblable, car, cette fois, les tumeurs kystiques de l'ovaire se développent souvent après la ménopause, et se voient assez fréquemment chez des femmes âgées.

Le kyste ovarien n'est pas un néoplasme bénin comme l'est le fibrome, et ne portant que sur le tissu normal de l'organe. Il suffit, pour que le fibrome puisse se développer, d'une irritation banale de l'utérus, telle que des accouchements répétés, que des traumatismes locaux réitérés, etc., etc.; alors le tissu conjonctif s'épaissit, s'accroît en formant des nodules énucléables et vivant d'une vie propre une fois qu'ils sont arrivés à l'état adulte.

Les kystes ovariques, avons-nous déjà dit, sont tout autres. Ce sont dès le début des tumeurs, des néoplasmes. Les causes qui les amènent sont mal déterminées; ils se peuvent montrer dans l'ovaire sain, dans l'ovaire d'une vierge ou d'une multipare jusqu'alors bien portante; la tumeur se développe soit dans un seul ovaire, soit parfois dans les deux organes.

Mais on n'a pas toujours à faire à un kyste simple; très souvent celui-ci offre des productions épithéliomateuses; il existe bien une poche de liquide, mais en dehors l'on peut constater des lésions d'épithélioma véritable ou même sarcomateuses; c'est une tumeur complexe, souvent les kystes tout en étant assez considérables ne forment pas cependant par eux-mêmes la totalité de la tumeur; les productions solides en constituent alors, dans ces cas, une énorme proportion.

Les parties dures que nous avons senties sur notre malade, ne sont donc point une raison pour exclure le diagnostic de kyste ovarique, puisque, ainsi que nous venons de le voir, les parois de la poche peuvent être énormes et rendre parfois, au contraire, la perception du liquide assez malaisée. Nous sommes par conséquent autorisés, par exclusion, à affirmer ici une tumeur de l'ovaire, une tumeur remplie de liquide et à parois fort épaisses.

Elle a probablement débuté par le petit bassin pour déborder en haut, le développement inverse ne se produisant que très rarement; or parmi les organes du petit bassin, si l'on rejette l'idée d'un utérus malade, il ne reste plus l'ovaire passible d'être incriminé. L'hypothèse d'un sarcome osseux que nous avions émise au début des manifestations ne peut guère être conservée; car le déplacement du rectum en avant serait beau-

---

et les prophètes. Il s'agit de l'orthographe des mots empruntés au grec.

Il semble admis, depuis une douzaine d'années, que toutes les fois qu'un mot présente deux *h*, on supprime l'*h* qui n'est pas prononcé et si aucun ne participe à la prononciation on supprime le 2e *h*. De quelles irrégularités cette prétendue loi ne sera-t-elle point coupable? Vous écrivez chlore, vous écrivez hydrogène et vous devrez écrire chlorydrique; vous écrivez *chlorodyne* et il faudrait orthographier *clorophylle*! Vous dites anthropologie et vous devriez écrire philautrope?

Ecrire hypoclorite et chlore, thorax et hémotorax; est-ce rationnel?

Pourquoi M. Thomas qui admet la loi dans sa préface semble-t-il s'insurger contre l'Académie au vocable rhythme et s'insurger d'antant plus que le Dictionnaire de l'Académie écrit rythme.

En quoi l'Académie aussi s'insurge contre elle-même puisque dans un mot où les 2 *h* sont muets elle sacrifie le premier au lieu du second.

Oh! La logique incomplète et boiteuse offre bien des dangers! Combien une réforme absolue serait plus rationnelle, plus pratique, plus compréhensible et plus excusable!

Mais les demi-moyens, Racca! Réformateurs honteux, remettez-vous à la besogne! Imitez les Italiens. Rendez-vous aux propositions des E. Havet, Passy, etc., ou sinon, mieux vaudrait ne pas toucher à l'arche sainte de l'orthographe séculaire, de la correction étymologique (1).

Toutes ces critiques qui ne sont guère que des remarques générales ou l'expression de desiderata s'appliquent, on le voit, plutôt à l'orthographe adoptée depuis la dernière édition du

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler ici que c'est à un médecin, à Laurent Joubert, qu'est dû le premier essai de réforme orthographique. C'est en effet le médecin de Henri III, qui dans son *Dialogue sur la cacographie française*, proposa, bien avant Voltaire, d'écrire par un *ai* le mot Français, par exemple, qu'on a écrit longtemps encore après par un *oi*.

coup plus considérable; on encore le déplacement aurait lieu vers l'un des côtés. Cependant il existe là une masse très facilement délimitable par les touchers rectal et vaginal, masse située entre le rectum et l'utérus. C'est que les annexes utérines sont éminemment susceptibles de se déplacer, de glisser en arrière, de s'y fixer au moyen d'adhérences plus ou moins solides, et s'il s'agit de l'ovaire, les tumeurs dont il est atteint peuvent y apparaître et s'y développer ainsi que partout ailleurs.

C'est donc l'ovaire qui est malade; et le développement consécutif assez rapide de la tumeur vers le ventre sous forme d'une tumeur mi-partie molle et mi-partie solide permet de croire à un kyste. Il s'agit même là d'une tumeur assez maligne, car ce développement rapide à cette époque de la vie est tout à fait comparable à celui des néoplasmes malins. Ainsi qu'ils le sont ordinairement, cette tumeur est elle-même bosselée à sa surface. De plus, il s'est manifesté, depuis quelque temps, de la douleur, de la sensibilité vive au niveau du péritoine et du cul-de-sac postérieur.

En résumé, nos conclusions au sujet de ce diagnostic sont-elles des conclusions purement spéculatives? Non, évidemment. Elles contiennent un résultat important au point de vue du traitement, car elles nous conduisent à conseiller l'intervention chirurgicale; les sarcomes et les kystes sarcomateux de l'ovaire sont des néoplasmes malins, et l'opération n'a pas toujours les résultats satisfaisants que l'on voit à la suite d'une intervention pratiquée sur des kystes simples. Mais en raison même de la situation de l'ovaire logé dans un repli du péritoine, enkysté par suite, et de plus indépendant des autres organes du petit bassin, le diagnostic de la tumeur est d'une grande importance, d'autant plus que dans ce cas le diagnostic de l'opération est lié au diagnostic médical; ici cette dernière était d'autant plus urgente qu'il existe actuellement une irritation péritonéale, encore bénigne, il est vrai, mais qui rapidement, pourrait croître et devenir très grave. C'est qu'en effet, il se produit dans les kystes des modifications qui amènent souvent et dans un temps relativement court des complications sérieuses et dont le médecin doit tenir grand compte. Pour ce qui concerne notre malade, en dehors du développement rapide qu'a pris la tumeur, et qui peut donner lieu avec toute leur gravité propre, à de la compression des organes voisins, à des adhérences plus ou moins fortes, plus au moins solides, à la propagation du néoplasme par poussées ou par métastase, nous devons nous demander si les symptômes que nous constatons depuis quelque temps ne soit point dus à un autre phénomène fort grave, à des troubles du côté du pédicule qui, ainsi que vous le savez, porte à la tumeur ses vaisseaux nourriciers.

Les kystes de l'ovaire, en raison même de leur isolement, en raison de la finesse et de la minceur de leur pédicule sont très sujets à présenter des phénomènes de torsion ou de compression de ce pédicule. Un kyste ovarique, en effet, peu développé encore, et ne menaçant point par lui-même d'être un obstacle immédiat à l'existence, peut donner lieu à des accidents fort graves si par la torsion du pédicule il se déclare des troubles circulatoires dans la tumeur.

Que le kyste ovarique vienne à être comprimé, que l'apport du sang à la tumeur ne se fasse plus ou ne se fasse que d'une façon défectueuse, alors l'on devient le témoin d'accidents très sérieux. A un premier degré, c'est une sorte d'état congestif douloureux, qui détermine souvent une vive sensibilité au niveau du viscère malade, sensibilité due à une réplétion exagérée des vaisseaux des parois kystiques et à une congestion intense, une gêne profonde de la circulation veineuse plus ou moins entravée.

Si la torsion augmente, la circulation devient impossible et se supprime totalement; alors il se détermine dans cette masse des phénomènes d'inflammation d'abord et de gangrène ensuite, phénomènes qui sont souvent presque soudains, qui deviennent rapidement très graves et qui mettent en somme la vie en danger.

Ce sont souvent des symptômes de péritonite aiguë plus ou moins accentués, et alors même que l'on ne constate l'existence que de symptômes péritoniques légers, l'on doit y attacher la plus grande importance. En ce moment-là même, la circulation du pédicule n'est peut-être que simplement gênée, mais que venant s'ajouter à cette gêne surviennent un mouvement intempestif, de la constipation, etc., en un mot, une cause quelconque accusant cette gêne, il se produira une torsion plus grande du pédicule, torsion dont nous ne connaissons point le siège.

Alors la péritonite suraiguë est possible; quarante-huit heures suffisent pour la voir apparaître, et les exemples de ce fait sont encore malheureusement relativement fréquents; la tumeur, par le fait, se mortifie, se gangrène et la malade meurt.

D'ailleurs nous allons pour cette femme proposer l'intervention chirurgicale; l'état général est encore satisfaisant; les grands appareils fonctionnent encore assez bien; en conséquence, et si même les accidents péritoniques semblent se calmer, il faut se demander si l'extraction de la tumeur n'amènera pas une survie peut-être de très longue durée alors que la conservation ne serait qu'une cause de répétition des accidents dont la mort serait l'issue dans un délai certainement assez court.

Nous allons donc, et je terminerai ainsi, nous allons donc nous tenir dans une expectation armée; dès que les phénomènes de péritonite seront calmés, nous livrerons notre malade au chirurgien; nous le ferions d'ailleurs immédiatement si nous voyions l'état s'aggraver et les choses prendre une tournure plus défavorable encore.

---

dictionnaire de l'Académie, qu'au livre de M. Thomas. Mais en même temps elles prouvent que j'ai sérieusement compulsé ce travail et que je le voudrais parfait.

Si j'étais obligé de signaler ce que j'y trouve de méritoire je n'en aurais pas fini de sitôt. Ainsi M. Thomas se garde bien d'écrire Desessarts; il écrit Desessartz avec le *z* final. Dover, il évite bien de l'orner d'un double *w* comme le fait le Codex lui-même dans ses dernières éditions où l'on trouve imprimé Poudre de Dower, etc.

Il y a donc beaucoup à louer dans ce travail :

*In tenui labor; at tenuis non gloria...*

A dit Virgile.

Je crois avoir prouvé combien cet essai qui représente une somme énorme de recherches, mérite non seulement nos encouragements, mais en même temps de sérieux éloges.

Dr ALBERTUS.

ERRATA — 1° A la page 483, 1re colonne du feuilleton, ligne 5, *lire* : révisée par A. J. L. JOURDAN. 2° A la page 484, ligne 4, 1re colonne du feuilleton, *lire* : Hippolyte *au lieu de* : Jules.

## HYGIÈNE

### SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Par M. JAVAL, membre de l'Académie de médecine.

(*Suite*) (1).

La justice distributive la plus élémentaire commande de revenir au système de 1791, et de faire, de l'*impôt mobilier*, cet *impôt sur le revenu* qui est réclamé par une grande partie de l'opinion publique.

Or, comme nous avons vu qu'il faut quatre enfants par famille pour que la population progresse, il importerait, dans un intérêt démographique, de faire varier les classes suivant que le contribuable 1° n'aurait pas d'enfants, 2° en aurait jusqu'à trois, 3° jusqu'à six, 4° plus de six. Il y aurait ainsi quatre classes. Le principal de l'impôt serait perçu sur les contribuables qui auraient quatre, cinq, ou six enfants; il y aurait quelques centimes additionnels frappant les pères de un, deux ou trois enfants, et une surcharge beaucoup plus lourde sur ceux qui n'en auraient pas. Cette surcharge serait plus que suffisante pour subvenir au déchet résultant du dégrèvement des pères de sept enfants et au-delà.

Ce système est beaucoup trop compliqué pour être adopté du premier coup par une assemblée législative où la loi de finances se discute toujours à la veille des vacances et c'est pour ce motif que je m'étais borné à faire accepter un premier échelon : le dégrèvement complet au-delà de six enfants.

Il faut répondre ici à une objection qui a été faite à satiété : Le dégrèvement profitait pour un chiffre considérable à quelques familles riches. Il est vrai en effet que sur *deux millions* de ménages qui existent en France, *deux ou trois mille*, c'est-à-dire bien moins d'un mille se sont trouvés dégrevés sans en avoir réellement besoin. C'est pour éviter ce prétendu inconvénient qu'on a décidé de limiter aux cotes inférieures à 10 francs le dégrèvement pour 1891. En agissant ainsi, le Parlement a fait une faute lourde; il a manqué aux principes d'après lesquels la loi doit être égale pour tous, il a offensé la justice, car les contribuables qui nourrissent des familles nombreuses paient en contributions indirectes des sommes formidables, bien supérieures à la cote mobilière dont on refuse de les dégrever; enfin et surtout, la Chambre n'a pas compris que l'intérêt du pays exige *qu'on favorise la natalité parmi les familles riches*. Comme le dit avec juste raison M. Dumont dans son volume intitulé : *Dépopulation et civilisation*, favoriser la natalité chez les prolétaires serait agir comme le chirurgien qui, en présence d'une fracture de la jambe gauche, poserait un appareil sur la jambe droite du malade.

Il est juste et utile de faciliter l'éducation de nombreuses familles partout ailleurs que chez les parents misérables. Le dégrèvement des familles de sept enfants ne peut pas produire à cet égard de résultat appréciable, mais il est juste et utile d'établir, dans l'impôt direct, une diminution de taux notable en faveur des familles qui dépassent trois enfants et une augmentation considérable à la charge de celles qui n'en ont point (1).

*La loi militaire*. — On a vu plus haut que le nombre d'enfants qu'il faut souhaiter par famille est *quatre*. En moyenne cela revient à désirer qu'il y ait *deux fils* par famille. Or, j'ai démontré il y a trois ans, dans la *Revue scientifique* que, tout au moins dans l'agglomération parisienne, les choses se passent comme si les parents désiraient avoir un fils. Cela résulte de la progression géométrique descendante d'après laquelle, pour Paris, les familles de trois enfants sont moitié moins que celles de deux, — celles de quatre, moitié moins que celles de trois — et ainsi de suite. D'après le calcul des probabilités on voit que les choses se passent *comme si* la natalité s'arrêtait en général dans les familles dès qu'il y a un fils. C'est donc la naissance du second fils qu'il faut encourager.

Jusqu'en 1889 la loi militaire était sans inconvénient à cet égard, puisque la présence d'un frère sous les drapeaux exemptait le suivant. Avec le service de sept ans autrefois et avec le service de cinq ans jusqu'en 1889 il y avait des chances sérieuses que le second fils fût exempt du service militaire.

Tout est changé avec la loi néfaste de MM. Laisant et Boulanger. Grâce à l'acharnement avec lequel elle a été soutenue par MM. Guyot-Dessaignes et de Freycinet, le second fils ne sera jamais exempt; il ne jouira d'une diminution de temps de service que si sa naissance est de moins de trois ans postérieure à celle de l'aîné. Dans la séance du 14 janvier 1889 j'avais soutenu un amendement aux termes duquel les cadets étaient inscrits de droit dans la seconde partie du contingent. Il a été repoussé par des raisons politiques : le ministère craignait un retour de la loi au Sénat. Dans l'état actuel des choses, le sort peut placer trois frères dans la première partie du contingent tandis que trois autres frères tomberont dans la seconde partie et ne serviront qu'un an chacun.

A propos de cet amendement, M. Ch. Richet écrivait dans la *Revue scientifique* (21 décembre 1889) :

« Au lieu de ce tirage au sort, qui a toute la brutalité arbitraire du hasard, ne serait-il pas plus équitable de mettre dans la première partie du contingent tous les fils aînés, et dans la seconde partie du contingent les autres enfants? Ainsi chaque famille, qu'elle soit nombreuse ou peu nombreuse, contribuerait pour une part moins inégale au service militaire; mais les familles nombreuses donneraient encore plus de soldats à l'Etat que les familles peu nombreuses.

« Il se trouve, comme l'a établi M. Javal, que précisément le nombre des fils aînés et des fils uniques coïncide très bien avec le nombre nécessaire pour la première fois du contingent; et que le reste répond au nombre de soldats qui doivent composer la deuxième partie du contingent.

« C'est une sottise que de parler ici de l'égalité; le fait d'avoir ou de n'avoir pas un frère aîné est aussi bien un fait du hasard, pour tel ou tel conscrit, que le fait de tirer au sort dans une urne. Il y a, toutefois, cette énorme différence que, dans le système que nous préférons, le sort ne peut plus frapper à l'excès les familles nombreuses, celles qui ont déjà de si lourdes charges et qui, par le fait même de leur nombre,

1) Voir les numéros 42 et 43.

(1) On a vu dans ce qui précède les causes qui m'ont fait choisir, pour dégrèvement total, le chiffre de sept enfants. Il y avait encore, pour s'arrêter à ce nombre une raison historique. Colbert avait fait dégrever de la taille les familles comptant plus de sept enfants, et ce même nombre avait été choisi lorsque par la loi de nivôse an XII, on avait voté que, dans toute famille comptant au moins sept enfants, l'un serait élevé aux frais de l'Etat. Comme cette loi de nivôse an XII avait été imprudemment remise en vigueur par la Chambre en 1885 et abrogée en 1886, je savais que le Parlement se sentait une certaine responsabilité envers les familles de sept enfants, et que ce chiffre aurait plus de chance d'être adopté que tout autre.

Il va sans dire que la réforme de l'impôt mobilier en faveur des familles de quatre enfants, plus utile que celle obtenue pour celles de sept enfants, ne produirait pas, à elle seule, un accroissement appréciable de natalité. Mais le législateur, en différentes circonstances s'attache à considérer la famille de quatre enfants comme *normale* et s'il multiplie les facilités données à cette famille type, l'ensemble des mesures prises et convergeant toutes vers un même but pourra produire un résultat utile.

ont rendu à la patrie ce premier service de lui donner des enfants.

« L'égalité des pères de famille, voilà ce qui est au moins aussi intéressant que l'égalité des conscrits; et la disposition que M. Javal propose remédierait en partie, mais en partie seulement, à cette inégalité qui frappe précisément les pères de famille les plus dignes d'intérêt.

« Vraiment, il nous est impossible de voir quelle objection sérieuse on pourrait faire à ce système. La fatalité est là qui nécessite un prompt remède. Que ce remède soit absolument efficace, il n'est jamais permis de l'affirmer; mais, en tous cas, s'il en est un d'efficace, c'est-celui là, et, plutôt que de périr, il faut le tenter. »

D'autres modifications pourraient être encore apportées à la loi militaire sans diminuer notablement l'effectif. J'irais jusqu'à exempter de tout service, même en temps de guerre, le père de quatre enfants.

*Les lois successorales.* — S'il est vrai de dire que les lois fiscales et que la loi militaire peuvent avoir une influence sur la natalité, cela est encore bien plus vrai pour les articles du Code qui règlent le régime des successions. Ici nous ne sommes plus en présence de suppositions mais d'une certitude historique. Nous savons qu'à ces articles, qui leur interdisaient de privilégier le fils aîné, les grands propriétaires fonciers ont répondu en n'ayant plus que des fils uniques. Jamais exemple plus probant ne demontrera l'influence que les lois peuvent avoir sur les mœurs. Aussi ne faut-il pas hésiter à continuer la campagne, commencée depuis bien des années, par l'école de Le Play, contre des dispositions qui, après avoir eu le mérite de briser les grosses fortunes territoriales et avoir rendu un immense service à la cause démocratique, ont actuellement pour principal effet d'empêcher l'accroissement de la population précisément parmi les cultivateurs qui forment le fonds le plus solide de la nation.

Mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans un exposé détaillé des réformes à introduire dans le Code civil et la compétence me fait défaut à cet égard. Je me bornerai à vous renvoyer aux auteurs, parmi lesquels je citerai M. Henri Duquaire, ancien notaire à Lyon, qui a publié en 1888 dans la *Réforme sociale* un article intitulé : *La loi successorale au point de vue de la natalité.*

C'est au sein d'une réunion de notaires et non parmi des médecins qu'on pourrait discuter avec fruit les modifications à apporter aux articles 826, 832, 913, 1075, 1076, 1078 et 1079 du Code civil. Je dirai cependant un mot de l'art. 913 qui réduit la quotité disponible d'autant plus que l'ascendant laisse plus d'enfants. Peu à peu, entre les partisans de la liberté absolue de tester, d'une part, et les partisans du partage obligatoire des biens, d'autre part, s'est établie une sorte de transaction. Les uns et les autres admettraient volontiers que la quotité disponible fût de moitié, quel que soit le nombre des enfants. Avec l'état des mœurs qui a été créé en moins de cent ans par la pratique de cet article 913, il n'est guère à craindre de voir le père d'une nombreuse famille disposer de plus de moitié de son bien en faveur de l'un de ses enfants. Le plus souvent, on verrait subsister l'égalité des partages, qui se fait actuellement sans même user de la latitude laissée par la quotité disponible; mais au moins, dans les cas où le père a créé un établissement indivisible il n'aurait pas la crainte de le voir détruit à sa mort par le seul fait du nombre de ses enfants.

Il me sera peut-être aussi permis d'ajouter que c'est justice de ne pas diminuer la liberté du père par ce seul fait qu'il aura élevé un plus grand nombre d'enfants.

*Conclusion.* — En demandant que le rapport, si intéressant, que M. Lagneau servît de point de départ à une discussion, j'avais l'intention de contester en bloc, comme je l'ai fait, tout l'ensemble de ses conclusions, non pas pour des raisons particulières à chacune d'elles, mais parce que leur adoption me paraîtrait marcher directement contre le but que s'est proposé notre collègue. En préconisant une série de mesures de détail, plus ou moins utiles, je pense que l'Académie atténuerait l'impression qu'il importe de produire sur le public et par contre-coup, sur les Chambres. Il faut le crier bien haut, tout ce que nous ferons pour diminuer la mortalité et la morbidité, ce qui est notre besogne de médecins, ne sera rien en face de l'immense péril créé par la diminution de la natalité. Et tout ce qu'on fera pour augmenter la natalité en favorisant les mariages ou en réglementant la prostitution sera négligeable en présence des effets de la restriction volontaire des naissances. Notre profession nous met à même de saisir et de signaler les causes de cette restriction et de savoir qu'elles sont en partie causées par des lois qui semblent faites à plaisir pour écraser, sous la charge des impôts indirects et du service militaire, les familles tant soit peu nombreuses; nous savons les conséquences de nos lois, qui dures à supporter pendant qu'il vit, deviennent souvent désastreuses au moment de la mort du père de famille, et nous nous tournons vers leur législateur responsable de tous ces maux, pour lui demander avec insistance de modifier les lois fiscales, militaires et civiles, dans un sens moins défavorable à l'accroissement de la population. Je vous propose de voter la conclusion suivante :

*L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles fiscales et militaires.*

## REVUE GENERALE

### TUMEURS DU PANCRÉAS. — SYMPTOMATOLOGIE, ÉTIOLOGIE ET DIAGNOSTIC DES KYSTES DU PANCRÉAS.

I. — SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES KYSTES DU PANCRÉAS, par le Dr RIEGNER (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 42, p. 957).

II. — UN CAS DE KYSTE DU PANCRÉAS, GUÉRISON, par le Dr KAREWSKI (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 27, p. 597. — SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES KYSTES DU PANCRÉAS, par le même (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1890, n° 86, p. 975).

III. — CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE CLINIQUE DES KYSTES DU PANCRÉAS, par le Dr PHILLIPPOW (*Chirurgitscheski Westnik*, janvier 1890, en langue russe).

IV. — KYSTE DU PANCRÉAS, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA LAPAROTOMIE, par le Dr CATHCART (*British medical Journal*, 22 février 1890).

V. — UN CAS DE CARCICOME DU PANCRÉAS, OPÉRÉ AVEC SUCCÈS, par le Dr RUGGI (*Giornale internaz*, 1890, T. XII, n° 3).

Depuis un petit nombre d'années seulement, l'attention des chirurgiens s'est portée sur les kystes du pancréas. La chose date depuis que la laparotomie se pratique avec la fréquence que l'on sait. Il est arrivé alors que dans un certain nombre de cas où l'abdomen avait été incisé en vue de l'extirpation d'une tumeur des organes génitaux chez des femmes, on est tombé sur toute autre chose que ce que l'on attendait; les kystes du pancréas ont été un certain nombre de fois l'objet de ce

genre de méprise. On a eu ainsi l'occasion de s'éclairer sur la symptomatologie des tumeurs en question, et déjà on compte un certain nombre de cas où le kyste du pancréas a été diagnostiqué avec rigueur, avant de donner lieu à une intervention opératoire.

Il y a trois ans, le professeur Küster, de Berlin, dans un travail sur le diagnostic et le traitement des kystes du pancréas (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887, nº 10 et 11), relevait 11 cas de ce genre de kyste opérés par différents chirurgiens (Rokitansky, Thiersch, Bozeman, Knlenkampf, Gusseubauer, Dixon, Riedel, Senn, Billroth, Hahn, Ahlfeld). Dans 2 seulement de ces cas (Gusseubauer et Senn) la nature du néoplasme avait été diagnostiquée avec un grand degré de vraisemblance avant l'opération. Küster y ajoutait la relation d'un cas, où le diagnostic de kyste du pancréas a été posé avec une rigueur parfaite avant la laparotomie. L'observation de Küster reprodnit presque dans les moindres détails celle de Riegner, qui sera relatée plus loin.

Vers la même époque, W. Kühnast, dans un travail d'ensemble sur les kystes du pancréas (*Inaugural-Dissertation*, Breslau, 1887) publiait l'observation d'un homme de 51 ans, chez lequel on avait diagnostiqué un cancer de l'estomac, comprimant le canal cholédoque; l'observation a démontré qu'il s'agissait d'un hématome du pancréas.

Puis Ochsner (*Archiv. für Klin. Chirurgie*, t. 39, fasc. 2) a publié le cas d'une femme de 24 ans, qui portait, depuis quatre ans, une tumeur dans la région de l'abdomen, sitnée à gauche de l'ombilic; dans les six derniers mois, la tumeur avait atteint le volume d'un utérus gravide et à terme. Une incision, pratiquée dans la tumeur, donna issue à 14 litres d'un liquide limpide. La femme a guéri.

Tremaine (*Transactions of the American Surger. Association*, t. VI, p. 557, août 1888) a communiqué un cas de kyste intra-abdominal de la région épigastrique, d'où on retira, au moyen d'une ponction exploratrice, un liquide doué des mêmes propriétés que le suc pancréatique. Des accidents de collapsus nécessitèrent une opération radicale; le kyste s'était rompu. La paroi de la poche fut suturée au péritoine, et on fit l'occlusion de la plaie abdominale. Le liquide se reforma dans le kyste. Il fallut rouvrir la plaie dans sa portion inférieure; on y introduisit un drain, par lequel il se fit, pendant assez longtemps, un écoulement de suc pancréatique; au contact de ce liquide, la plaie subit une véritable macération. Cependant, au bout de trois mois, le malade était guéri.

Cette liste s'est enrichie de 5 observations nouvelles, publiées dans le courant des derniers mois et dont les sources sont indiquées ci-dessus.

I. — L'observation de Reigner concerne une jeune fille de 23 ans, qui, trois années auparavant, était tombée d'une assez grande hauteur. Après l'accident, elle avait ressenti des élancements dans le ventre. Plus tard, elle était devenue sujette à des douleurs abdominales qui partaient du creux épigastrique.

Le 10 avril 1890, après une violente crise douloureuse, elle fut prise de vomissements tenaces; elle rendait des mucosités. Un médecin, mandé auprès d'elle, la trouva dans un état voisin du collapsus; les extrémités étaient froides, le corps couvert d'une sueur glacée, le pouls filiforme : T. 35°. Au bout de quelques jours, les vomissements se calmèrent; le ventre était météorisé; la malade avait des éructations fréquentes, avec douleurs dans le ventre, s'irradiant de l'épigastre vers les parties latérales. Léger ictère, avec fièvre modérée (38°,6).

Le 24 avril, la malade pouvait de nouveau quitter le lit. Le 28, elle eut un accès semblable; la malade dut reprendre le lit pendant quatre semaines, durant lesquelles les accès se reproduisirent à plusieurs reprises, en diminuant d'intensité. Vers le milieu de mai, le médecin constata l'existence d'une tuméfaction à l'épigastre, avec fluctuation, tympanisme à la percussion. Dans l'idée qu'il s'agissait d'une gastroectasie, il institua le lavage de l'estomac. Ce traitement eut pour effet de relever l'appétit, de faire cesser les éructations et le météorisme. Toutefois la tumeur augmentait de volume, devenait plus rénitente; la fluctuation était plus nette à percevoir à son niveau. On soupçonna un abcès sous-diaphragmatique enkysté, consécutif à la perforation d'un ulcère rond.

Le 15 juillet, M. Riegner, assistant du professeur Rosenbach vit pour la première fois la malade et constata l'état suivant : mauvais état général, amaigrissement; anorexie; sensation désagréable de pesanteur au creux de l'estomac; selles régulières. Pouls petit, 84. L'épigastre se voutait en avant; la saillie commençait à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde et se continuait en bas jusqu'à la ligne mamillaire; à gauche jusqu'à la ligne axillaire. Elle remontait de 3 centimètres, lors d'une inspiration, elle était agitée de pulsations isochrones à celles du cœur. A la palpation, cette saillie se présentait comme une tumeur circonscrite, élastique, fluctuante, du volume d'une tête d'adulte, à surface lisse, un peu inégale à droite vers son bord inférieur. Elle mesurait 38 centimètres dans le sens transversal et 16 dans le sens longitudinal. Elle était douée d'une grande mobilité et recouverte en majeure partie par l'estomac dilaté. Une ponction exploratrice, pratiquée dans la tumeur, a donné issue à un liquide alcalin, d'un brun rougeâtre, contenant un grand nombre d'amas de graisse et des globules rouges.

Ce liquide possédait la propriété d'émulsionner les graisses et de saccharifier les amylacés. L'urine contenait des traces de sucre. Il n'y avait pas de graisses libres dans les matières fécales, mais beaucoup de fibres musculaires striées.

On diagnostiqua un kyste du pancréas. La tumeur fut opérée le 17 juillet. L'opération, qui est relatée en détails par l'auteur, confirma le diagnostic.

Les suites ont été bénignes. La malade s'est rétablie très rapidement. A sa sortie de l'hôpital elle digérait très bien, et elle avait augmenté de 8 livres.

II. — Le sujet de la première observation de Karewsky, un jeune homme de 25 ans, s'était blessé au bras gauche, au rebord costal du même côté, et au genou droit, en tombant de voiture. Aussitôt après sa chute, il fut pris de vomissements violents, il dut garder le lit pendant deux mois, durant lesquels il a ensouvent des douleurs d'estomac. Les vomissements ont été presque continus, surtout après les repas. Dépérissement rapide. En même temps apparut à l'épigastre une tumeur fluctuante, qui s'étendait depuis la septième côte jusqu'à l'ombilic, et depuis la ligne sternale jusqu'à la ligne axillaire. Elle se délimitait bien des organes avoisinants, foie, rate, estomac. Après distension gazeuse de l'estomac et du côlon, on pouvait se convaincre que la tumeur était placée entre ces deux organes. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine; il n'y avait pas de polyurie; rien d'anormal dans les fèces. On diagnostiqua un kyste du pancréas. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide hémorrhagique, albumineux, contenant des globules rouges, les uns frais, les autres altérés, des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

Après incision de la paroi abdominale le long de la ligne blanche, on évacua la plus grande partie du contenu du kyste, et on excisa un lambeau de sa paroi antérieure, pour fixer ensuite les lèvres de l'ouverture à une des extrémités de la plaie

abdominale. Un drain fait avec de la gaze iodoformée fut introduit dans le sac, qui s'élimina par gros fragments nécrosés. La fistule était oblitérée quatre semaines après l'opération. Le malade était complètement rétabli.

La seconde observation de Karewski concerne un bourrelier âgé de 58 ans, qui, à la suite d'une chute sur le rebord costal gauche, avait été pris de vomissements persistants, de douleurs à l'épigastre, d'anorexie. Il se plaignait d'une sensation continue de plénitude dans la région de l'estomac; les vomissements le prenaient principalement après les repas. Il avait cependant continué ses occupations pendant quatre semaines; puis (janvier 1890) il s'était vu forcé de garder le lit. Au mois de mars on s'apercevait de l'existence d'une tumeur abdominale au-dessous du rebord des fausses côtes, à gauche, sur la ligne mamillaire. Cette tumeur rénitente était le siège d'une fluctuation mal dessinée, elle était peu sensible à la pression, peu mobile.

M. Karewski vit le malade pour la première fois au mois de juin dernier. Il constata l'existence d'une tumeur située en arrière de l'estomac et du côlon, se délimitant bien, par la percussion, du foie et de la rate, sans rapport aucun avec le rein, à contenu liquide. La tumeur comprimait l'estomac; selon toute vraisemblance, elle s'était développée à la suite d'un traumatisme. En considération de ces caractères, de l'absence de fièvre, de la faible atteinte portée à l'état général, de la forme de la tumeur, Karewski diagnostiqua un kyste du pancréas.

La tumeur fut opérée le 8 juin. Une incision pratiquée dans la paroi abdominale, et allant depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à la ligne mamillaire à gauche, mit à nu l'estomac, le côlon et des anses d'intestin grêle; une éventration partielle fut nécessaire, pour amener au jour le néoplasme. A cause du peu de mobilité de la tumeur et de la grande tension qu'il eût fallu lui imprimer, il fut impossible de la fixer par des points de suture aux lèvres de la plaie abdominale. On l'incisa, et on en fit sortir plus de 3 litres de liquide, dont une partie s'épancha dans la cavité abdominale. La paroi du kyste fut ensuite fixée à la plaie abdominale, et celle-ci fut recousue après mise en place de drains capillaires en gaze iodoformée. Les suites furent tout à fait normales. Au bout de quinze jours, élimination du kyste. Il se fit alors une sécrétion abondante de suc pancréatique, au contact duquel la cicatrice abdominale fut digérée dans toute son étendue; elle devint blanche, comme nécrosée. On introduisit un drain dans la fistule, pour régulariser l'écoulement du suc pancréatique, qui n'était pas de moins de 500 c. c. en l'espace de vingt-quatre heures. Malgré cela, le malade digérait très bien ce qu'il mangeait. Après différentes tentatives infructueuses faites en vue d'arrêter l'écoulement du suc pancréatique par la fistule, cet écoulement s'arrêta certain jour, sans cause appréciable. Le malade s'est complètement rétabli, en très peu de temps.

Le contenu du kyste, d'après l'examen qui en a été fait, ne renfermait pas de ferment susceptible de peptonifier les substances azotées, d'émulsionner les graisses; il était par contre, doué d'une action diastasique très prononcée. Le liquide qui s'écoulait par la fistule possédait toutes les propriétés du suc pancréatique.

III. — L'observation de Philippow concerne une femme de 65 ans, qui s'était aperçue depuis trois ans de la présence d'une tumeur à l'épigastre. D'abord le néoplasme avait été peu gênant, mais dans les derniers six mois il s'était beaucoup accru, occasionnant des douleurs sourdes, continues, qui alternaient avec des paroxysmes d'une extrême violence, de la dyspnée, des vomissements, un amaigrissement général. Au moment de son admission à l'hôpital, la malade avait un léger ictère. La tumeur, assez mobile, avait le volume d'une tête d'adulte; elle occupait les régions moyenne et supérieure de la cavité abdominale. Par la palpation on pouvait facilement la délimiter du foie, et par la percussion, de la rate, de l'estomac et de l'intestin. Elle se déplaçait sous l'influence des mouvements respiratoires. Sa surface était lisse partout, fluctuante. On n'a pas fait de ponction exploratrice. Malgré cela, on émit l'idée qu'il s'agissait d'un kyste simple du pancréas.

Ce diagnostic fut reconnu exact après ouverture de la paroi abdominale. On incisa une portion de la paroi antérieure du kyste, et on fixa les bords de l'incision à la plaie abdominale, après avoir évacué le contenu du kyste. Il ne pouvait être question d'une extirpation radicale, à cause des adhérences étendues qui maintenaient la tumeur en place. Ici encore l'opération fut suivie d'une amélioration rapide; au bout de dix-huit jours le malade quittait l'hôpital, conservant une fistule au siège de la plaie opératoire.

*(A suivre.)*

## REVUE DES MALADIES DU PHARINX ET DU NEZ

ZUR DIAGNOSE UND THERAPIE DER NEBENHÖHLEN DER NASE MIT AUSNAHME DES SINUS MAXILLARIS (DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SINUS DU NEZ, A L'EXCEPTION DU SINUS MAXILLAIRE, par le Dr Max SCHÆFFER, de Brême (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890).

Dans ses *Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie*, (Wiesbaden, Bergmann, 1885), l'auteur a fait connaître le résultat de son expérience clinique sur les suppurations en foyer du nez et sur la méthode de traitement qu'il a employée.

Depuis cette époque, le champ de ses observations s'est agrandi, le nombre de ses cas s'est notablement accru et il peut donner aujourd'hui la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces affections encore peu connues, sauf l'empyème du sinus maxillaire sur lequel de nombreux travaux ont fait complètement la lumière.

Les *symptômes généraux* sont ordinairement les suivants: Dans toutes affections chroniques du sinus, on trouve sur la muqueuse nasale un pus généralement fétide, épais ou séreux, avec ou sans croûtes. Son écoulement est continu, ou ne se produit que dans certaines positions. Il peut exister en outre une saillie des os du nez avec rougeur et gonflement des parties, de la céphalalgie, diffuse ou localisée, des douleurs térébrantes ou déchirantes, une sensation de grattement, de rougement, parfois du vertige et de l'insomnie.

Dans les affections du *sinus frontal*, la douleur, de la forme la plus variable, occupe presque toujours la racine du nez et la région sus-orbitaire, dans celles du *sinus sphénoïdal*, elle siège au sommet de la tête et s'irradie vers l'occiput et le front, dans celles du *sinus ethmoïdal*, elle prend la joue et la région sous-orbitaire. Elle est unilatérale, bilatérale parfois mais tardivement. Le gonflement apparaît aux mêmes points, que la douleur.

*Symptômes objectifs*. C'est l'endroit où le pus se dépose qui indique le sinus d'où il provient.

*Sinus frontal*. La cloison est couverte du pus liquide ou concret en face du cornet moyen. La muqueuse prend à ce niveau la coloration sèche, brillante, de la pharyngite atrophique. On peut trouver ainsi sous la croûte un bourrelet

muqueux dirigé d'arrière en avant et en bas. Le pus semble descendre de la voûte entre le cornet moyen et la cloison.

*Sinus ethmoïdal.* Le pus se trouve entre les cornets moyen et inférieur. En même temps, on rencontre parfois une dilatation osseuse du cornet moyen.

L'auteur ne dit pas que la position du pus est alors la même que dans l'empyème du sinus maxillaire et que l'éclairage par transparence fait voir la translucidité parfaite de la joue correspondante.

*Sinus sphénoïdal.* Le pus occupe la voûte du pharynx dans le voisinage de la cloison; plus rarement, il apparaît dans la moitié correspondante où il forme une croûte entre les cornets supérieur et moyen. L'auteur a vu une fois un gros bourrelet occupant la moitié droite de la voûte et s'étendant jusqu'à la fossette de Rosenmüller. Le stylet montra qu'il était creux et renfermait du pus.

La réapparition du pus après nettoyage complet permet de désigner avec assez de certitude la cavité d'origine. On évite ainsi des sondages inutiles.

Le sondage se pratique avec un stylet de laiton rigide mais flexible, de 2 millimètres d'épaisseur. Le stylet d'argent est de beaucoup trop peu résistant.

*Sinus frontal.* Après avoir cocaïné, on glisse le stylet parallèlement au dos du nez entre la cloison et le cornet moyen, de bas en haut, directement vers le front. On extrait bientôt un léger fragment, comme de fines lamelles osseuses que l'on brise, avec une résistance variable; en continuant, on sent que l'on parvient dans une cavité où le stylet se meut librement. Il en résulte un écoulement de sang et souvent de pus de deux à quatre cuillerées à soupe. On retire le stylet, le malade baisse la tête et l'hémorrhagie s'arrête seule.

Si l'affection est ancienne, on est en droit d'admettre une nécrose étendue de l'os et, de fait, on sent aussitôt l'os malade avec le stylet. On introduit alors la longue curette de Schæffer pour gratter l'os et enlever les granulations toujours existantes. On lave la cavité du sinus avec une solution de sublimé à l'aide d'une canule convenable, on donne une douche d'air, puis avec un tube de verre, on insuffle de l'iodol ou de l'acide borique.

*Traitement consécutif.* Il a une grande importance. L'ouverture ainsi pratiquée ne doit pas s'obstruer. L'auteur pratique souvent à la suite une cautérisation de la cavité (acide chromique) et, si le pus sort difficilement, il détruit auparavant la muqueuse de la cloison ou du cornet moyen. Le résultat de cette opération est excellent et le sentiment de soulagement fait bien vite oublier la douleur que produit parfois l'opération malgré la cocaïne.

*Sinus ethmoïdal.* La lésion est plus facile à diagnostiquer, le terrain opératoire est plus étendu et moins caché. On recourra aussitôt à la curette. On la pousse entre les cornets inférieur et moyen en dehors, en arrière et en haut vers la paroi externe du nez, au niveau de l'insertion du cornet moyen. Si l'on suppose une affection du sinus ethmoïdal derrière une dilatation ampullaire du cornet moyen, on passe la curette dans son épaisseur suivant la direction indiquée, et l'on gratte à la fois le cornet moyen et le sinus. S'il le faut, on enlèvera une partie du cornet avec le ciseau et la pince osseuse. C'est le sinus ethmoïdal qui guérit le plus lentement.

*Sinus sphénoïdal* : on détermine d'abord sur la tige de la curette la distance du sinus frontal à la pointe du nez. L'instrument disparaîtra de 2 à 4 c. de plus, s'il est vraiment entré dans le sinus sphénoïdal. Si l'on introduit un stylet à la fois dans l'un et l'autre sinus, les deux tiges forment entre elles un angle aigu à l'extérieur.

Dans la suppuration de ce sinus, il faut toujours admettre une lésion osseuse, on peut donc s'armer aussitôt de la curette, d'autant qu'il faut se frayer une voie avec l'instrument. La largeur de la cuiller empêche de dévier et de glisser. On la pousse le long de la cloison en dedans et en haut, comme si l'on voulait perforer la cloison, qui serait prolongée jusqu'à la colonne vertébrale. L'os étant malade, on n'a pas besoin d'une grande force pour briser sa paroi antérieure. D'ailleurs, on bute bientôt contre le corps du sphénoïde, ce qui prévient tout accident.

Le pus et le sang s'écoulent plutôt en arrière qu'en avant. Le stylet se meut dans la cavité bien plus librement que dans le sinus frontal. Le malade éprouve dans le premier cas une douleur allant de l'angle de l'œil jusqu'en arrière, dans le second au niveau de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil. L'affection est plus longue à guérir que celle du sinus frontal, moins que celle du sinus ethmoïdal.

La nécrose du sinus frontal accompagne souvent celle du sinus ethmoïdal; d'après la situation comparée des 2 cavités, elle est probablement primitive.

L'article très intéressant d'Hausberg (*Monatschrft für Ohrenh*, 1 et suivant 1890) nous apprend la manière de sonder toutes les cavités accessoires du nez. Mais au point de vue pratique, le sondage n'a certainement pas la valeur du procédé de Schaeffer. Le lavage est insuffisant parce que la nécrose accompagne presque toujours la suppuration. Ensuite la muqueuse tuméfiée empêche la canule de pénétrer : sauf les cas légers, on ne peut procurer un peu de soulagement au malade par la douche d'air. Enfin, Neuman a prouvé par ses expériences que sans autre ouverture on ne peut pratiquer une injection dans les sinus frontal et sphénoïdal. En outre, un point essentiel du traitement est de tenir très large l'orifice d'écoulement du pus, en enlevant les polypes, les bourrelets de muqueuse, de même une partie du cornet.

La sécrétion purulente peut persister encore des années, quoique très faible. Mais les souffrances du patient disparaissent après l'opération, qu'il faut parfois répéter, il est vrai.

Depuis la publication de son traité, Schaeffer a observé 25 cas nouveaux pour le *sinus frontal* (14 H., 11 F.). 8 cas (6 H., 2 F.) étaient dus à l'influenza (violentes douleurs frontales, insomnies, etc.)

Chez quelques-uns, le stylet ramena du sang, chez deux déjà du pus (le mal datait alors de six à huit semaines). Chez tous, les douleurs disparurent après un sondage et la guérison survint après un court traitement consécutif.

Sur les 25 cas, il y eut 7 améliorations et 18 guérisons.

*Sinus ethmoïdal.* — Aux 3 mêmes cas, l'auteur en ajoute 19 (9 H., 10 F.). avec 17 guérison, 1 amélioration, 1 cas encore en traitement.

*Sinus sphénoïdal.* — 3 cas anciens, 7 nouveaux. (3 H., 4 F.). 6 guérisons, 1 résultat inconnu. Toutes les observations sont relatées brièvement, mais assez pour rendre leur lecture instructive.

Cette opération étant peu pratiquée, nous dirons que notre expérience confirme les résultats énoncés par Schaeffer. Sans pouvoir donner une statistique que le petit nombre de nos cas ne permet pas, nous pouvons dire que le grattage est bien supporté, qu'il n'entraîne aucun accident, aucune réaction, aucune hémorrhagie, et qu'il nous a donné une guérison complète chez un étudiant en médecine atteint d'une nécrose du sinus frontal. Chez lui le frottage avec la sonde de Schaeffer ramena des fragments de sinus assez considérables. Chez d'autres le frottage fut négatif, bien que le stylet indiquât une diminution de l'os.

La guérison semble plus rapide quand l'instrument ramène des débris. Les granulations sont souvent très volumineuses. La maladie nous a semblé frapper de préférence le sinus frontal.

### LA TONSILLE LINGUALE.

Dans une des séances de la Société médico-physique de Würzbourg (1889), le Dr Georges Kersting a rappelé l'attention sur ce qu'on a nommé la tonsille ou amygdale linguale, dont l'étude présente un certain intérêt théorique et pratique.

Valdeyer a nommé « anneau lymphatique » cette couche de tissu adénoïde, qui part de la voûte du pharynx, descend de chaque côté dans la fossette de Rosenmüller en émettant quelques follicules clos dans la muqueuse de la trompe cartilagineuse (tonsille tubaire de Gerlach), puis dans la loge amygdalienne comprise entre le pilier postérieur et le pilier antérieur du voile palatin, pour atteindre la base de la langue en avant de l'épiglotte. Ces follicules clos, rares en certains points, sont au contraire très agglomérés en d'autres, d'où résulte la tonsille pharyngienne à l'apophyse basilaire, les amygdales (dans la loge amygdalienne) et la tonsille linguale. Inversement on peut considérer l'anneau lymphatique de Waldeyer comme constitué par les 4 tonsilles pharyngiennes (5 y compris la tonsille de Gerlach), reliées par du tissu adénoïde disséminé dans les intervalles.

Les follicules clos qui occupent à l'état normal, la base de la langue, forment une couche presque confluente depuis les papilles caliciformes jusqu'à l'épiglotte, d'une amygdale à une autre, et constituent la tonsille linguale.

Stœhr a démontré que, des tonsilles et des follicules clos de la bouche et de la langue, sort une énorme quantité de leucocytes à travers l'épithélium. Suivant Rossbach, grâce au ferment, la ptyaline, qu'ils renferment, ils ont une énorme puissance saccharifiante.

Ces follicules clos s'hypertrophient souvent, mais le plus souvent ne donnent lieu à aucun trouble, mais si par leur grand développement, ils viennent à toucher le sommet de l'épiglotte, les malades se plaignent d'une sensation de corps étranger dans la gorge, d'un besoin de déglutir, d'oppression, de troubles dans la voix, etc.

Seifert a pu s'assurer par le stylet que la douleur provenait des follicules clos en contact avec l'épiglotte; le diagnostic était confirmé par la cocaïne à 10 0/0 qui supprimait les sensations. Le traitement consiste dans les badigeonnages iodés pour les cas légers, et le galvanocautère pour les cas graves. La guérison ou l'amélioration est de règle.

L'affection s'observe dans la jeunesse et surtout dans l'âge moyen, tandis que les varices de la langue sont de plus en plus fréquentes à mesure qu'on avance en âge. Elle est de plus, souvent associée à l'hypertrophie des amygdales et à la pharyngite granuleuse.

R. CALMETTES.

## BULLETIN

### LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

Il y a quelques mois, nous avons résumé à cette place les importantes recherches de M. Netter concernant les différentes variétés purulentes et nous avons fait ressortir l'intérêt pratique des notions qui en découlent, au point de vue du traitement. Il est certain que, depuis ces recherches, la question du choix d'un mode d'intervention a subi une évolution nouvelle et qu'elle n'est plus aussi simple que par le passé : à l'avenir, on ne pourra se dispenser de tenir compte des données fournies par la bactériologie. Cette dernière préoccupation paraît être maintenant au premier rang parmi les motifs qui doivent présider au choix d'une décision, si nous nous en rapportons aux conclusions du consciencieux travail que M. Fernet vient de lire à la Société médicale des hôpitaux. Notre collègue a plaidé avec conviction la cause des ponctions simples suivies du lavage antiseptique de la cavité pleurale : méthode qui lui a procuré des succès incontestables, et à laquelle, entre autres avantages, on doit reconnaître celui d'une innocuité à peu près absolue. Mais cette méthode, séduisante par sa simplicité, est-elle applicable à tous les cas ou plutôt à toutes les modalités de la pleurésie purulente? Le savant médecin de l'hôpital Beaujon est loin de professer une opinion aussi absolue et c'est précisément dans le soin qu'il a apporté à établir ici les distinctions nécessaires que réside l'intérêt supérieur de son travail.

Seraient donc justiciables de la ponction simple, d'après lui, les épanchements purulents que l'on peut appeler *simples* et qui correspondent généralement aux pleurésies à *pneumocoques* de Netter : pareillement certains cas de pleurésies dites à *streptocoques*, dont la gravité plus grande n'exclut pourtant pas la possibilité d'une guérison par la ponction simple, suivie ou non de lavage. On pourrait ajouter encore à cette liste les pleurésies purulentes symptomatiques de la tuberculose pulmonaire chronique, et particulièrement celles qui sont localisées et enkystées dans des fausses membranes d'ancienne formation. Il va sans dire que l'on doit rejeter de cette liste les empyèmes d'origine putride, par exemple ceux qui succèdent à la gangrène pulmonaire ou à certaines variétés de pneumonies infectieuses : vis-à-vis de ces cas, la pleurotomie précoce et antiseptique reste la seule méthode applicable. On peut voir, d'après ce tableau fort abrégé, que le nombre des cas où la ponction simple trouverait son indication est encore considérable, car il comprend près de la moitié des cas de pleurésies purulentes. Faut-il en conclure qu'elle est la méthode de l'avenir et peut-on croire qu'elle rivalisera désormais avec la pleurotomie, considérée si longtemps comme le procédé de choix dans le traitement des épanchements purulents de la plèvre? Cette conviction est autorisée dans une certaine mesure, si l'on songe que la ponction est une opération essentiellement inoffensive, médicale au sens propre du mot, et que tout médecin sera autorisé à tenter avant d'en appeler à l'intervention du chirurgien, qui sera considérée ainsi comme ressource ultime pour les cas où l'insuffisance de cette opération préliminaire aura été démontrée. Il y a là un argument pratique dont la portée nous paraît au-dessus de contestation.

Du reste, il ne faut pas oublier que le nettoyage antiseptique de la plèvre doit revendiquer une part importante, peut-être même la principale, dans le bénéfice que l'on doit retirer de la méthode. *A priori*, il semble d'ailleurs que rien ne soit plus légitime que de chercher à entraver la pullulation des microorganismes infectieux, pneumocoques ou staphylocoques, dont la présence sur les divers points de la plèvre enflammée explique à la fois la purulence et la perpétuation de l'épanchement. Dans la réalité, les choses se passent-elles conformément à cette vue de l'esprit? On peut en douter, quand on considère le nombre des cas où l'épanchement s'est reproduit en dépit de tentatives successives d'évacuation et de désinfection et où l'empyème a dû être pratiqué en dernier ressort. On peut expliquer ces insuccès contradictoires de la théorie par le siège et le mode de répartition des éléments infectieux qui n'existent pas seulement à la surface de la sé-

reuse enflammée, mais aussi dans ses couches profondes et jusque dans l'épaisseur de la couche corticale du poumon, c'est-à-dire là où l'action microbicide des antiseptiques ne peut s'exercer, il y a là une objection sérieuse, mais dont néanmoins il ne faut pas s'exagérer la valeur, car on la retrouve toutes les fois qu'il s'agit du traitement d'une cavité suppurante, c'est-à-dire dans des cas où les chirurgiens n'hésitent pas à pratiquer de larges irrigations antiseptiques. Nous croyons donc que cette objection ne saurait constituer à elle seule un argument décisif contre la méthode que nous cherchons à apprécier ici.

D'ailleurs, le mode d'emploi et le choix de l'antiseptique offrent ici une importance que M. Fernet a bien comprise, aussi a-t-il traité cette partie de son sujet avec le soin consciencieux qui se révèle dans toutes les parties de son mémoire. En principe, et pour des raisons faciles à comprendre, les antiseptiques insolubles lui paraissent préférables : c'est d'abord l'absence de tout danger d'intoxication résultant du défaut d'absorption, puis continuation de l'action microbicide après l'évacuation, par suite de la précipitation d'une partie du médicament au fond de la cavité pleurale. Le naphthol, qu'il a expérimenté dans ce but, lui a fourni, en effet, des succès remarquables que l'on peut rapprocher de ceux que MM. Chauffard, Netter, ont obtenus par le même moyen. Si l'on rapproche tous ces faits épars, on arrivera donc aisément à cette conviction que l'emploi des antiseptiques insolubles dans le traitement de la pleurésie purulente s'impose désormais comme le plus sûr à la fois et le plus rationnel.

Par une coïncidence que l'on pourrait appeler une bonne fortune médicale, cette grande question du traitement des épanchements purulents de la plèvre est venue dans ces derniers temps à l'ordre du jour de plusieurs Sociétés savantes, aussi bien à l'étranger que dans notre pays. Elle a été notamment l'objet d'une discussion approfondie au Congrès italien de médecine interne, qui vient de tenir ses assises à Rome. Là aussi, la doctrine de l'origine microbienne des pleurésies a été affirmée avec conviction et la plupart des membres du Congrès se sont inspirés d'elle dans les considérations relatives à la curabilité de la maladie et au choix d'une intervention thérapeutique. Si quelques orateurs ont crû devoir faire des réserves applicables à certaines variétés d'empyèmes, il en est d'autres, comme M. Patella (de Pérous) qui se montrent disposés à admettre l'origine infectieuse, microbienne pour toutes ces variétés indistinctement.

Il y a là évidemment une idée préconçue et un parti pris de devancer les enseignements de la science qui nous paraissent au moins prématurés, les généralisations hâtives devant toujours inspirer quelque défiance. Toujours est-il que la méthode de traitement par simple ponction a recruté des adeptes en Italie aussi bien que chez nous. Parmi ceux-là nous trouvons le nom particulièrement autorisé de M. Baccelli, professeur à l'Université de Rome. Notre savant confrère recommande la simple ponction évacuatrice vis-à-vis des exsudats séro-purulents, habituellement libres, qu'il désigne sous le nom de pyothorax. La pleurotomie doit être réservée pour les épanchements en kystes, c'est-à-dire pour le cas où la séreuse a perdu la structure physiologique nécessaire à la guérison spontanée. Il est vrai que M. Baccelli n'a point parlé des lavages antiseptiques : mais on peut croire qu'il admettrait volontiers leur emploi comme succédané rationnel de la ponction. Etant donnée l'autorité qui s'attache au nom et aux travaux de notre confrère de Rome, on peut enregistrer son opinion comme une adhésion précieuse en faveur de la méthode qui fait l'objet du présent article. P. Muselier.

## NOTES ET INFORMATIONS

— Le chauffage de la nouvelle École pratique. — Le conseil général des Facultés et École de pharmacie de Paris a repris cette semaine ses séances mensuelles à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a réglé l'ordre de ses travaux et nommé son rapporteur général, qui sera cette année M. Milne-Edwards.

Après avoir expédié plusieurs affaires d'intérêt secondaire, le conseil a dû s'occuper des plaintes de plusieurs doyens, qui réclament contre l'insuffisance des crédits qui leur sont alloués. C'est ainsi que le doyen de la Faculté de médecine de Paris se plaint des bâtiments nouveaux, dont le chauffage est ruineux, puisqu'il coûte plus de 53,000 francs, alors que l'allocation ne dépasse pas 13,000 francs. Les ressources de la Faculté suffiront à peine, une fois tous les services en activité, pour assurer le chauffage et l'éclairage de cet établissement dispendieux qui dépasseront 90,000 francs.

## NOUVELLES

**Comité consultatif d'hygiène publique de France.**

Le comité s'est réuni lundi sous la présidence de M. Brouardel.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président communique une lettre de M le ministre de l'intérieur, relative au projet de taxe sur les eaux minérales.

On sait, en effet, que le comité consultatif d'hygiène, qui s'était prononcé en faveur de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, avait émis un avis défavorable sur le projet de taxe sur les eaux minérales. La lettre de M. Constans dit que le conseil du ministère s'est prononcé pour un timbre de garantie, ainsi que nous l'avions annoncé dans notre précédent numéro.

— M. H. Monod rend compte de la situation sanitaire. Il donne lecture d'un rapport du Dr Moutier concernant un cas suspect qui s'est produit au Grand Hôtel chez un voyageur venant d'Espagne, et les mesures de désinfection qui ont été prises.

*En France*, l'état sanitaire est satisfaisant.

*En Espagne*, l'épidémie cholérique tend à disparaître, et le mouvement des voyageurs, passant par les postes de surveillance sanitaire établis à la frontière franco-espagnole, est descendu de 12,000 environ pendant les semaines précédentes, à 3,802 pour la semaine dernière.

Ces postes sont supprimés au fur et à mesure ; il ne reste plus aujourd'hui que ceux d'Hendaye, de Béhobie, de Dancharinea, d'Urdos, du Perthus et de Cerbère. Il est à présumer que les postes d'Hendaye et de Cerbère vont être seuls maintenus, pour une période de deux à trois semaines.

— M. le professeur Proust a fourni, à son tour, quelques renseignements sur la situation sanitaire en Orient.

Le choléra a disparu des territoires ottomans *de la mer Rouge*, sauf du côté de Médine. A Djebel-Tor, où avait été installé le campement d'observation pour les cholériques, la situation est bonne. A Djeddah, il n'y a plus traces de choléra, et les navires qui en partent sont munis d'une *patente nette*.

*En Mésopotamie*, du côté de la haute Mésopotamie, le choléra a cessé depuis plus d'un mois. Mais il n'en est pas de même dans le vilayet d'Alep, où il augmente en extension et en intensité. Il est probable que l'épidémie se trouve actuellement disséminée sur une large zone, au sud et nord de l'Euphrate moyen.

Nous avons déjà signalé l'existence du choléra à Hama, ville de 40,000 habitants, située sur le haut Oronte, à peu près à mi-distance entre Alep et Tripoli, et qui est fréquentée par les Bédouins Anezes du désert syrien.

C'est, comme nous l'avons dit, un pas de l'épidémie vers Damas, Tripoli, Beyrouth, le littoral et le Liban.

C'est à Hama que débuta, en 1875, cette épidémie cholérique qui ravagea presque toute la Syrie, lui enlevant près de 15,000 habitants.

— M. Proust fait ensuite connaître au comité les mesures de prophylaxie qui sont prises à la Nouvelle-Orléans, en vue de prévenir la propagation des maladies contagieuses; il signale les procédés de désinfection adoptés par les autorités sanitaires à l'arrivée de navires venant de pays contaminés.

A Pernambouc (Brésil), l'épidémie de variole diminue.

— M. Proust a enfin donné lecture d'un rapport sur la vaccination et les épidémies de variole dans les départements de la Vendée, du Finistère et du Morbihan, épidémies sur lesquelles le ministre de la guerre avait appelé spécialement l'attention de son collègue de l'intérieur.

En terminant son rapport, M. le docteur Proust a rappelé le vœu, qu'il avait émis l'année dernière et qui avait été adopté par le comité, tendant à rendre la vaccination et la revaccination obligatoires, comme étant les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole, et même de la faire disparaître.

« M. le Dr du Mesnil rappelle qu'en 1888 la variole a sévi dans 61 communes du Morbihan, où elle a atteint 2,844 personnes, dont 990 ont succombé; qu'en 1889, dans le même département, le nombre des communes visitées par la variole a été de 69, celui des malades de 3,496, celui des morts de 1,173.

« M. le Dr Bourneville demande que les étudiants en médecine soient obligés de se faire revacciner.

« M. Chauveau croit que l'intervention active des préfets et des sons-préfets pourrait être très efficace pour faire entrer la vaccination dans les mœurs.

« Sur la proposition de M. Brouardel, le comité a émis, à l'unanimité, le vœu que la loi rende au plus tôt obligatoire la vaccination et la revaccination, et qu'en attendant, l'administration, dans tous les domaines et spécialement dans les écoles, s'emploie activement à les propager, et, dans la mesure du possible, à les imposer.

*
* *

— M. le docteur Ch. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

*
* *

### Faculté de médecine de Paris.

— M. Jonesco, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est délégué, du 1er novembre 1890 au 30 septembre 1891, dans les fonctions de prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Lejars, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours pour un emploi vacant de *chef titulaire de clinique chirurgicale* s'ouvrira le 17 novembre prochain.

— Le cours de *médecine légale pratique* commencera à la Morgue le mercredi 1890, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel.

Les vendredis : M. le docteur Descout, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de *physiologie*, d'*anatomie pathologique* et de *chimie appliquées* à la *toxicologie* seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Les jeudis, à 5 heures : M. le docteur Descoust.

Les mardis, à 3 heures : M. le docteur Vibert.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours et les conférences sur la présentation d'une carte spéciale : 1° MM. les docteurs en médecine : MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

*
* *

### Facultés et écoles des départements.

— *Faculté de Médecine de Nancy.* — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1852, des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy.

1° Le vendredi 19 décembre 1890, à 8 h. du matin pour la place de chef de clinique médicale;

2° Le lundi 22 décembre 1890, à 8 h. du matin pour la place de chef de clinique ophthalmologique.

La durée des fonctions est de trois ans et le traitement annuel est de 1,200 fr. pour la clinique médicale, et de 1,000 fr. pour la clinique ophthalmologique.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat à la condition qu'ils soient docteurs dans les six mois.

La place de chef de clinique est incompatible avec celles de chef de travaux, de préparateur ou d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour la rédaction;

2° Une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades;

3° Une épreuve pratique d'anatomie et d'histologie pathologique pour la clinique médicale, et une épreuve pratique de médecine opératoire pour la clinique ophthalmologique.

La durée de cette épreuve sera fixée par le jury.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine avant le lundi 15 décembre 1890, à 4 heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, leur diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Desq (Paul) est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, aide préparateur du laboratoire d'hygiène.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours ci-après désignés :

M. Doumer, agrégé, physique;

M. Morelle, agrégé, matière médicale.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sigalas, chef des travaux pratiques de physique, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de physique.

M. Boinet, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques.

— *Ecole de médecine d'Amiens.* — M. Dubois, professeur au lycée d'Amiens, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine de cette ville.

— *Ecole de médecine de Reims.* — M. Monfiier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *Ecole de médecine de Rouen.* — M. Delabost, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole.

*
* *

### Corps de santé militaire.

— Par décret en date du 27 octobre 1890, ont été promus *au grade de médecin-major de 2e classe* : M. Prost-Maréchal (Camille-

François-Joseph) et Amiet (Louis-Mathieu), médecins aides-majors de 1re classe.

— Par décret en date du 24 octobre 1890, sont nommés *au grade de médecin en chef de 2e classe* : M. Grall (Charles-Théodore-François-Marie), médecin principal. — *Au grade de médecin principal*, les médecins de 1re classe de la marine : MM. Prunet (Edouard-Edmond), Clarac (Louis-Marie-Albert). — *Au grade de médecin de 1re classe*, les médecins de 2e classe de la marine : MM. Guérin (Louis-Marie-Emile), Mondon (Louis-Clément), Rousselot-Benaud (Joseph-Henri-Emile), Renand (Benjamin-Edouard), Crossouard (Etienne-Marie), Marchoux (François-Emile-Gabriel). — *Au grade de médecin de 2e classe*, les médecins de 2e classe de la marine : MM. Manin (Jean-Pierre), Touin (Jean-Baptiste-Louis-Joseph-François-Napoléon), Texier (André-Amédée), Le Lan (Victor-Marie), Daville (Ernest-Pierre-Siméon), Rimbert (Gustave-Alcide), Guinier (Pierre-Louis), Chauveau (Eugène-Henri), Levier (André-Henri). — *Au grade de médecin de 2e classe*, les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine : MM. Cailliot (Emile-Amédée), Neiret (Charles-Marie-Gustave), Devaux (Emile-Louis), Logerais (Jean-Paul-Henri), Vincent (Jean-Baptiste), Quennec (Alphonse-Joseph-Marie), Pierre (Tony-Adolphe-Clément).

***

Corps de santé de la marine et des colonies.

— *Ouverture de l'Ecole de Bordeaux.* — Cette ouverture aura lieu le 5 novembre prochain.

— *Commission de classement des médecins.* — Un décret du 21 octobre 1890 a supprimé le conseil d'Amirauté, instituant à sa place, un *comité des Inspecteurs généraux*. Le président du conseil supérieur de santé de la marine peut être admis à prendre part aux travaux du comité, avec voix délibérative pour les affaires de son ressort.

En outre, il est créé une commission chargée : d'établir, chaque année, les tableaux d'avancement pour les officiers de tous les corps de la marine, susceptibles d'avancer au choix ; et de classer les candidats inscrits.

Pour les médecins de la marine, cette commission est composée du président du conseil supérieur de santé et de deux médecins en chef désignés par le ministre.

Nul ne peut être avancé au choix, s'il n'est porté sur le tableau d'avancement de son corps par la commission de classement ou par le ministre.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 19 AU 25 OCTOBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 58. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 53. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë et chronique, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 51. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 69. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 27. — Suicides et autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 11. — Total 914.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## HYGIÈNE

### RECHERCHES SUR LA CONSERVATION DU CORPS HUMAIN PAR LES PROCÉDÉS GALVANOPLASTIQUES. (1)

Par G. Variot, médecin des hôpitaux.

L'art des embaumements est un peu négligé à notre époque; et les moyens qui servent à la conservation du corps humain, après la mort, sont bien imparfaits. On se contente le plus ordinairement de pousser dans les artères du cadavre une injection stérilisante dont la composition varie, et on se préoccupe peu de ce qui adviendra.

Le travail de la putréfaction est plus ou moins ralenti par la pénétration des substances antiseptiques dans les tissus. Dans les cas les plus heureux, la momification se produit, les parties molles se dessèchent; la peau se rétracte, se racornit, brunit; mais l'aspect général des corps est toujours profondément modifié et la personne morte devient à peu près méconnaissable (2). Parfois les fermentations putrides sont à peine entravées par l'injection, les tissus organisés privés de vie tombent en déliquescence et se désagrégent rapidement en leurs éléments constituants. Le squelette seul, composé en majeure partie de matière minérale, de sels calcaires, échappe à cette loi commune de destruction.

Nos procédés de momification sont incomparablement inférieurs à ceux des Egyptiens. Mais par quelles manœuvres, par quels soins méticuleux la conservation des morts était-elle assurée! Daubenton, et plus récemment Czermak nous renseignent à cet égard. Il existait dans l'ancienne Egypte des officines spéciales où les cadavres étaient conservés pendant soixante-dix jours pour être soumis à des manipulations variées, suivant la fortune des personnes et suivant la classe des embaumements; les corps étaient immergés dans des bains an iputrescibles, puis enveloppés par les parents avec des milliers de bandelettes, etc.

(1) Nous proposons le néologisme *d'anthropoplastie galvanique* pour désigner cette nouvelle méthode d'embaumements.

(2) Il est facile de vérifier ce que nous avançons au fameux cimetière des capucins à Palerme. — Les cadavres des religieux sont enterrés dans les caves du couvent dont le sol est sablonneux et sec; la momification est due à la dessication, toute l'humidité des tissus est absorbée par le sable.

L'embaumement, tel qu'on le pratique de nos jours, n'es guère qu'un simulacre, puisqu'il remplit incomplètement ou mal, le but qu'on se propose, c'est-à-dire la conservation intégrale du corps humain. Et cependant nous avons à notre disposition des procédés tout modernes qui donneraient des résultats meilleurs et plus durables que toutes les méthodes d'embaumement connues.

Nous proposons, pour obtenir des momies indestructibles, d'appliquer à la conservation du corps humain dans sa totalité, les procédés galvanoplastiques.

Dans ce travail, nous essaierons de déterminer les principales conditions qui permettent la métallisation du cadavre humain et sa transformation en une momie métallique.

Ce problème est plus complexe au point de vue technique, qu'au point de vue scientifique : et nous n'aurions pu le résoudre sans la collaboration intelligente et dévouée de M. Charpentier, mécanicien des travaux d'histologie de la Faculté de médecine de Paris.

La voie dans laquelle nous nous engageons a été déjà explorée : dès 1854, M. Soyer a tenté de métalliser le corps d'un enfant; M. Oré (de Bordeaux) il y a quinze ans, métallisait avec succès des pièces anatomiques. A l'exposition de 1878, on pouvait admirer toute une collection de cerveaux préalablement durcis, puis recouverts d'une enveloppe de métal ; cuivre, argent, nickel et or.

Depuis ces premières tentatives, l'art de la galvanoplastie a fait des progrès incessants; on est parvenu à jeter des dépôts galvaniques sur les objets les plus délicats. Les insectes, les crustacés, les papillons, les oiseaux avec leurs plumes, le feuillage des plantes et même les pétales des fleurs ont été cuivrés avec une rare perfection. — Ces perfectionnements graduels sont-ils directement applicables à la conservation du corps humain?

Il nous importait, d'abord, de nous assurer si la peau des cadavres recouverte de son vernis épidermique était facilement métallisable : Nos premiers essais ont donc porté sur des lambeaux de peau plus ou moins étendus qui ont été heureusement recouverts d'une couche de cuivre.

Ce premier point établi, nous avons pris, comme objet d'étude, des cadavres d'enfants nouveau-nés, parce que, d'une part, la surface cutanée enveloppante n'est pas extrêmement étendue et, d'autre part, pour ne pas avoir trop à compter avec les premiers effets de la putréfaction. Notre installation bien primitive et nos modiques ressources ne nous permettaient pas d'ailleurs de faire nos recherches sur une plus grande échelle.

Après divers tâtonnements, nous avons adopté l'un des procédés de métallisation les plus parfaits connus maintenant par les galvanoplastes.

La peau a été d'abord badigeonnée avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Le sel d'argent pénètre mieux encore dans l'épiderme, jusque dans le derme, lorsque la solution est pulvérisée.

Nous nous sommes servi des vapeurs de phosphore blanc dissous dans le sulfure de carbone pour réduire la couche de nitrate d'argent étalée à la surface de la peau.

La surface cutanée, d'un noir opaque, prend, sous l'influence des vapeurs phosphorées, des reflets brillants argentés indiquant que la pièce est devenue bonne conductrice.

Cette métallisation initiale change la coloration et la consistance du derme, mais n'altère en rien la plasticité des formes. La peau est devenue noire, ferme, presque rigide, et à peu près imputrescible.

Avant de procéder à cette opération, qui fait perdre à la peau son élasticité, il faut prendre la précaution de fermer les paupières et la bouche, de placer les membres dans la position qu'ils devront occuper définitivement.

Lorsque les parties organiques destinées à être recouvertes de métal n'ont qu'une étendue limitée, il est relativement aisé de les fixer dans le bain et de répartir le courant à leur surface. Un bras, une tête d'enfant peuvent être immergés directement dans la solution de sulfate de cuivre, à l'aide d'un gros fil suspenseur isolé auquel s'attache un réseau de menus fils conducteurs pour multiplier les contacts.

Mais le dispositif est forcément plus compliqué quand il faut fixer complètement un cadavre entier, même celui d'un enfant, dans une position aussi stable que possible, quand il faut suppléer en quelque sorte à la rigidité qui manque.

On arrive sans trop de difficultés à métalliser des plâtres, des maquettes de terre glaise et même des cerveaux bien durcis, comme l'a fait M. Oré; mais toutes ces pièces sont fermes et résistantes et nullement comparables au corps humain envisagé dans sa totalité. Même après la métallisation initiale, dont nous avons rapporté les premiers effets sur la peau, les divers segments des membres gardent une certaine flaccidité qui leur permettrait de se déplacer si on n'assurait pas leur stabilité par des supports convenables.

Voici quelques détails sur notre *modus faciendi* pour fixer le cadavre d'un enfant avant qu'il ne soit plongé dans le bain galvanoplastique. Le corps de l'enfant a été perforé à l'aide d'une tige métallique introduite par l'anus et poussée fortement au travers de l'abdomen et du thorax jusque dans le cou. A petits coups de marteau on a fait pénétrer cette tige axiale dans la cavité cranienne jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre la voûte du crâne. Par cet artifice la tête a été immobilisée dans l'attitude légèrement penchée que nous recherchions. Pour laisser libre l'échappement des liquides et des gaz intestinaux, la tige perforante employée était creuse, cannelée en gouttière. Le cadavre de l'enfant monté sur cet axe a été placé dans une sorte de cadre prismatique à quatre montants réunis en haut et en bas par des plateaux carrés. On a enfoncé la tige de support comme un pivot dans un tube métallique situé au centre du plateau inférieur du cadre prismatique.

Dans cet appareil, pour compléter la fixation de la tête, un contact métallique, dentelé, en couronne, descend du plateau supérieur et appuie légèrement sur le *vertex*.

Les jambes sont un peu fléchies sur les cuisses par le relèvement des deux pieds, dont la face plantaire repose sur deux contacts. La paume de la main est de même appuyée sur les contacts, de manière que les avant-bras soient fléchis sur les bras. En outre des contacts ont été échelonnés sur les quatre montants métalliques du cadre prismatique, pour être appliqués aux points voulus, avec la possibilité de pouvoir les déplacer à volonté.

Il est à peine besoin d'ajouter que toutes les parties conductrices du cadre-support, aussi bien que les fils conducteurs servant de contact, ont été soigneusement isolés avec du caoutchouc, de la gutta, ou de la paraffine.

Notre source d'électricité était alimentée par une petite batterie de trois piles thermo-électriques Chaudron.

Un dispositif aussi simple, et un outillage aussi rudimentaire nous ont suffi pour obtenir les spécimens de momification métallique dont nous donnons la reproduction photographique. Mais avec les immenses ressources dont disposent les grands ateliers de galvanoplastie, de pareilles opérations seraient vraisemblablement bien plus faciles et bien plus parfaites.

MM. Bouillet et Gellis, ingénieurs de la maison Christophle, ont bien voulu nous permettre de jeter un coup d'œil sur l'installation des bains, sur les sources d'électricité habituellement usitées pour la métallisation des grandes pièces. Nous ne doutons pas qu'avec une instrumentation semblable, la métallisation du corps humain ne puisse être facilement effectuée, aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

Mais, s'il importe d'assujettir solidement le tronc du cadavre, la tête et les segments des membres, il est indispensable aussi d'éviter, autant que possible, les changements de volume de ces mêmes parties, les alternatives d'ampliation et de resserrement qui seraient un grand obstacle au dépôt régulier à la surface de la peau.

Or, l'une des conséquences constantes de la putréfaction dans les premiers jours qui suivent la mort, est le développement de gaz dont la tension distend les téguments.

Les fermentations putrides sont particulièrement actives dans la cavité intestinale et dans les viscères abdominaux; elles semblent débuter dans ces régions pour irradier de là dans le thorax, la tête et les membres.

Lorsque la distension de la paroi abdominale par les gaz putrides se produit, peu de temps après l'immersion de la pièce dans le bain, il en résulte des fissures, des fêlures dans le dépôt galvanique dont l'épaisseur est encore insuffisante. Ces accidents sont réparables par des soudures qu'il faut se hâter de faire; mais on conçoit que ces complications deviendraient redoutables si l'on n'opérait pas sur le corps d'un enfant, mais sur le corps d'un homme.

Si les fermentations putrides envahissaient le tissu cellulaire sous-cutané du visage, il s'ensuivrait une bouffissure, une déformation définitive des traits de la physionomie qui rendrait toute métallisation, sinon impossible, du moins inutile.

La putréfaction est une force avec laquelle les galvanoplastes n'ont pas d'ordinaire à compter. Toutes les pièces, même les plus délicates, soumises au cuivrage, ne sont pas susceptibles de changer de volume.

Il n'y a évidemment qu'un seul moyen de se mettre à l'abri du développement des gaz putrides et de toutes les complications qu'ils doivent créer, c'est, avant toute métallisation, de remplir le système vasculaire du cadavre avec une bonne injection stérilisante; nous recommandons spécialement les solutions mixtes et un peu concentrées d'acide phénique et de chlorure de zinc. La masse à injection sera rendue plus fluide par l'adjonction de glycérine, et elle devra être peu abondante pour ne pas déformer les traits du visage par l'infiltration sous-cutané.

Lorsque l'injection est poussée avec trop de force ou en trop grande quantité, le liquide a de la tendance à transsuder au travers des capillaires dans le tissu cellulaire ambiant.

Il faudra faire le lavage de l'estomac avec une sonde introduite par l'œsophage et remplacer les liquides retirés par une solution forte d'acide phénique. De même, on videra le gros

intestin par des irrigations répétées avec une solntion antiseptique.

La bonche, les fosses nasales seront lavées de la même manière.

Le globe oculaire, par l'évaporation à l'air libre, perd son humidité, se flétrit, se rétracte, et l'orbite dn cadavre semble aussi plus creux. Une injection avec de la paraffine dans le globe de l'œil remplacera l'eau des humeurs vitrées, et les paupières s'affaisseront d'autant moins.

Les fentes bnccale et palpébrales, les conduits anditifs seront obturés soigneusement avec des mastics conducteurs, car, si ces orifices étaient laissés ouverts, ils deviendraient de véritables soupapes d'échappement par lesquelles s'écouleraient les liquides et les gaz repoussés au dehors de l'écorce métallique par la pression intérieure.

Si la température extérieure était élevée, pendant l'été, par exemple, nous conseillerons, après l'injection d'évacuer, à la manière ancienne, tous les viscères abdominaux par une incision faite sur la ligne blanche. Ces organes ne seraient replacés dans l'abdomen qu'après immersion et lavages dans des solutions antiseptiques fortes.

(*A suivre*).

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### I. — DES FISTULES BILIAIRES CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DE LA CURE RADICALE DES KYSTES HYDATIQUES

par P. THIÉRY, prosecteur de la Faculté.

### II. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Leçon clinique de M. le Professeur VERNEUIL.

I.— Le traitement des kystes hydatiques du foie, entré dans une voie nouvelle à la suite de l'avénement de l'antisepsie, a donné lieu à la production de nombre de travaux remarquables où les auteurs se sont efforcés d'étudier les indications du traitement et le choix du procédé opératoire, si bien qu'aujourd'hui l'étude semble en être parfaite et complète, et que, n'était la difficulté souvent grande de l'opération pour le petit praticien, la question semblerait résolue en faveur de l'intervention opératoire maximum. Cependant, qnel que soit le procédé opératoire, qu'il appartienne à la grande ou la petite chirurgie, il n'en subsiste pas moins un certain nombre de complications qui ont tour à tour excité l'attention des chirurgiens.

C'est à l'étnde de ces complications qne nous vonlons apporter une bien faible contribntion en insistant snr l'une d'elles, déjà signalée,(1) nous le savons, mais peut-être plus grave que ne l'ont pensé beaucoup d'opérateurs : nous voulons parler de l'écoulement persistant de bile à la suite des interventions maxima on minima sur les kystes hydatiques du foie.

Cette complication est-elle fréqnente ? Quelle est son origine? Quelle en est la gravité? Telles sont les questions auxquelles nous devons répondre, étude que nous vondrions parfaire en la complétant par un quatrième desideratum : Comment peut-on prévenir cet accident ?

En ce qui concerne la fréqnence de cet accident, il est vraisemblable qu'il n'est point tout à fait rare et, pour ne nous reporter qu'aux ouvrages les plns récents, nous le voyons mentionné assez souvent. C'est ainsi que nous en trouvons la mention dans l'observation I de la thèse de notre ami Braine (2), où nous voyons mentionnée à plusieurs reprises la coloration jaune des pièces de pansement par le liquide biliaire. Son observation III porte la même remarque « les suites de l'opération furent simples ; il n'y eut qu'une chose à signaler : c'est l'écoulement abondant de bile qui imprégnait tous les jours le pansement ».

La thèse de M. Demars (1) en fait plusieurs fois mention (obs. II), bien que cet accident ne soit point porté au nombre des complications du traitement ; il ne paraît d'ailleurs pas avoir attiré l'attention de ces chirurgiens. On le retronverait, pensons-nous, en lisant *in extenso* les nombrenses observations résumées dans ces mémoires.

Nous trouvons à ce sujet des indications plus précises dans le travail de notre ami Potherat (2), prosecteur de la Faculté. Sur le nombre considérable des observations résumées par cet anteur, total qui n'est pas inférieur à 87, nous avons pu relever la mention de l'écoulement abondant de la bile dans plusieurs d'entres elles : obs. XLV (Terrier); obs. XLVII (Richelot); obs. LIV (Potherat); obs. LXVIII (Landouzy et Segond); obs. LXXX (Segond); obs. LXXIV (Bœckel); et, bien que les détails nons manquent souvent à cet égard, nous voyons que tous les degrés ont pu être observés depuis la simple coloration des liquides de réparation du foyer morbide et l'écoulement de bile presque pnre (observation de Bœckel). L'observation LXVIII de MM. Landouzy et P. Segond (*Soc. de chirurgie*, 6 avril 1887) est particuliément intéressante, puisque « l'écoulement de bile accompagné de décoloration des fèces dura six semaines, pnis diminna et ne cessa qu'en janvier, l'opération ayant été pratiquée en août.

Nons avons interrogé à plusieurs reprises les chirurgiens, dont nous avons été l'interne, pour obtenir quelques observations analogues et ils n'ont pu nous donner de renseignements à cet égard, mais il n'est pas douteux qu'en feuilletant les observations pnbliées *in extenso* il n'eût été possible de réunir un plus grand nombre de faits analogues (3).

D'ailleurs, dans le travail auquel nous avons déjà fait allnsion, M. Potherat nous donne des indications excellentes quoique trop courtes, pensons-nons, à ce sujet, puisque la presque totalité de la page 79 de son mémoire est consacrée à cette complication. « Il est des cas, dit-il, où, malgré la marche normale de la rétraction, *l'état général* ne s'améliore que lentement, c'est lorsqu'il y a écoulement abondant de bile. Cet écoulement s'observe, on peut le dire, dans *presque tous les cas*. » Ce qui confirme encore ce que nous avancions plus haut, à savoir que cet accident est relativement fréquent. Mais il faut bien s'entendre et il est, croyons-nous, nécessaire de détermiuer qnel en peut être le quantum de gravité.

« Lœleker et Grünberg, dit le même auteur, paraissent en avoir exagéré l'importance : dés que la quantité de l'écoulement diminue, l'embonpoint commence à réapparaître et fait de rapides progrès. *Jamais on n'a observé d'accidents graves.* »

Il est sans doute certain que dans nombre de cas cet écoulement peut être essentiellement passager et n'influe en rien alors sur l'état général ; mais il n'en est point toujours ainsi. « ordinairement, dit M. Potherat, l'écoulement est modéré et il diminue rapidement d'intensité ; dans d'autres cas cet écoulement est considérable, ce *qui ne va pas sans des troubles* ». Nous irons plus loin et nous dirons que lorsque cet écoulement devient abondant et continue il doit être mis au rang des complications les plus graves du traitement. Une observation de M.

(1) M. Tillaux, Société de chirurgie 1890.
(2) *Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.* (Th. de Paris, 1889.)

(1) *Des kystes hydatiques du foie.* (Th. de Paris, 1888.)
(2) *Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes du foie.* (Th. de Paris, 1888.)
(3) Voir l'observ. de M. Tillaux, in : *Bull. de Soc. de chir.*, 1890.

Segond fait déjà foi des troubles gastro-intestinaux consécutifs à cet écoulement; Wechselman (1) observa ainsi un malade qui présenta un écoulement de bile de 750 grammes par jour. Sans vouloir créer un mot nouveau n'est-il pas juste de faire observer que ce sont là de véritables cas de cholérrhagie, et que toutes les conséquences de la création d'une fistule biliaire chez les animaux leur peuvent être également imputées. Dans son article du Dictionnaire, Luton parle aussi de ces fistules biliaires et bien qu'il n'ait point directement en vue l'écoulement de bile consécutif à l'opération des kystes hydatiques, il n'en dit pas moins. « Souvent la fistule biliaire s'oblitère..... la persistance de la fistule elle-même n'offre pas beaucoup d'inconvénients pour la santé; il résulterait des observations de Dassit, que par suite de l'écoulement incessant de bile au dehors l'appétit des malades s'exagère comme chez les animaux auxquels on a pratiqué des fistules biliaires artificielles. » Mais, si comme nous le savons, les animaux peuvent survivre très longuement à l'opération de la fistule biliaire (Blondlot) grâce à un excès de nourriture, il n'en est pas moins prouvé que ces animaux deviennent toujours maigres, paresseux, leurs poils tombent et ils présentent, somme toute, une altération profonde de la nutrition. On peut se demander dès lors si chez les malades où la nutrition est déjà ralentie du fait de la présence d'un kyste hydatique, il ne peut se produire des conséquences plus graves, et si ce qui n'est qu'un trouble pour l'animal en expérience ne peut équivaloir chez cette catégorie de malades à une complication mortelle. Nous le croyons fermement et nous dirions volontiers que l'écoulement *abondant* de bile *presque pure*, après l'opération d'un kyste hydatique, doit éveiller l'attention du chirurgien et peut dans certains cas assombrir le pronostic lorsque l'écoulement est *persistant* et continu : opinion que nous étayons, sur l'observation suivante que notre cher maître, M. Verneuil, nous a engagé à publier.

La nommée V. M..., relieuse, agée de 25 ans, entre dans le service du professeur Verneuil, salle Lisfranc, n° 3, le 29 janvier 1889.

*Antécédents héréditaires nuls* : père et mère, et huit frères bien portants.

La malade elle-même était encore bien portante, il y a dix-huit mois; à cette époque elle a été soignée en ville par un médecin qui porta le diagnostic gastrite et prescrivit le régime lacté et le bicarbonate de soude.

Depuis 15 jours seulement la malade s'aperçoit du développement d'une tumeur dans l'hypochondre droit, tumeur indolente mais qui gêne le port des vêtements; inquiète elle entre à l'hôpital où elle nous donne les renseignements suivants :

Mariée depuis neuf ans elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches jamais de céphalée, d'alopécie, de douleurs ostéocopes, aucun indice d'accident primaire, ni d'adénopathie. Cependant elle porte à la cuisse droite une cicatrice pigmentée caractéristique que M. Verneuil n'hésite pas à rapporter à la syphilis; interrogée sur cette lésion elle dit avoir eu un abcès soigné pendant dix-sept jours en juillet 1888 par M. Verneuil. A ce moment on fit déjà appliquer l'emplâtre de Vigo et prendre du sirop de Gibert. Assez bon état général; pas de troubles gastro-intestinaux notables.

*Etat local.* On remarque une tumeur, bien saillante soulevant l'hypochondre droit, débordant de 10 c/m environ les fausses côtes, s'étendant jusqu'à 6 c/m de la ligne médiane; les fausses côtes sont déjetées en dehors et en avant. Pas d'ascension respiratoire notable; la percussion révèle un frémissement vibratoire très net. Il n'y a jamais eu de douleur scapulaire, d'éruption ortiée; d'ailleurs la malade n'a été jusqu'à présent soumise à aucun traitement.

Nous cherchons à déterminer exactement par la percussion l'augmentation de volume du foie et nous reconnaissons que la zone de matité s'étend dans le sens vertical de la 6e côte environ et dépasse un peu une ligne horizontale qui longerait l'ombilic avec prolongement vers la crête iliaque droite. Dans le sens transversal elle occupe tout l'hypochondre droit, déborde la ligne médiane d'un travers de main environ.

Son bord inférieur semble partir de l'épine iliaque antéro-supérieure droite gagne obliquement l'ombilic et vient se perdre sous la région chondro costale inférieure gauche.

M. Verneuil affirme l'existence d'accidents tertiaires nets en juillet 1888 et malgré la résistance et l'élasticité de la tumeur, se mettant en garde contre une sensation fausse de fluctuation qu'il a déjà observée chez d'autres malades Il serait assez disposé à admettre une syphilis tertiaire du foie. La malade est donc tenue en observation et soumise au sirop de Gibert avant que l'on tente une intervention (sirop de Gibert, 2 cuillerées. Iodure de potassium, 1 gr.)

Les urines examinées ne dénotent la présence ni de sucre, ni d'albumine : elles sont neutres au tournesol.

9 février. Malgré l'opinion contraire de la malade la tumeur ne semble pas avoir diminué.

Le 15. Bien que le traitement antispécifique ait été régulièrement suivi, il n'y a pas amélioration notable; la malade demande une sortie provisoire.

7 mars. Elle rentre dans le service et est alors couchée au lit n° 6 de la salle Lisfranc. Depuis sa sortie l'état est resté stationnaire : la tumeur est même un peu plus proéminente et M. Verneuil incline à croire à un kyste hydatique. Néanmoins avant tout autre intervention, il pratique le 12 mars une ponction exploratrice avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Dieulafoy. Il ne semble pas douteux aux mouvements de circumduction qu'on peut lui imprimer que le trocart soit dans une cavité, néanmoins on ne peut aspirer aucun liquide. L'aiguille est bouchée par une matière gélatineuse dans laquelle l'examen microscopique ne révèle aucune structure histologique (enveloppe propre du kyste) non plus que la présence de crochets; néanmoins cette matière ne peut être autre chose que la paroi hyaline et gélatineuse du kyste.

Le 13. La ponction a été bien supportée. Aucune douleur.

Le 20. M. Verneuil nous entretient de cette malade à sa clinique; il porte le diagnostic de kyste hydatique et expose en détail la technique du procédé opératoire qui porte son nom et les raisons anatomo-pathologiques qui l'ont engagé à l'instituer. Nous avons publié d'autre part (voyez à la fin de cette note) cette intéressante leçon et nous n'y insisterons pas ici.

La malade est anesthésiée par le chloroforme et opérée par le procédé du gros trocart avec substitution immédiate d'une volumineuse sonde en caoutchouc rouge. Au moment de la ponction il y a issue d'hydatides flétries en assez grand nombre. On injecte par le tube mis en place le contenu d'une seringue à hydrocèle de sublimé à 1/2000 : le liquide ne ressort pas.

Le soir la malade a vomi (chloroforme) elle souffre, le facies est altéré; le bocal où plonge la sonde ne contient pas d'hydatides. Je tente de faire une nouvelle injection de sublimé de même titre mais le liquide ne ressortant pas je ne veux pas insister. Il y a dyspnée (sirop d'éther) je crains une intoxication mercurielle et après mon départ l'état reste sérieux. T. 36°, 4.

Le 21. — La malade va mieux; elle a eu quelques vomissements et une diarrhée abondante que nous croyons devoir rapporter au sublimé. On donne quelques lavements laudanisés. Matin, 36° 4, (l'analyse des urines faites par M. Gnédé, interne en pharmacie, révèle la présence du mercure).

Le soir, l'état est assez grave : très abondante éruption d'urticaire. On provoque les selles et je prescris 50 centigr. de sulfate de quinine. Pas de lavages du kyste. T. 37,°.

Le 22. — La malade n'a pas dormi, l'urticaire a persisté. On injecte le contenu d'une seringue à hydrocèle d'eau phéniquée à 2 0/0 qui ne ressort pas; la région hépatique n'est pas doulou-

(1) *Centralblatt f. chirurgie* n° 37 1885.

reuse : la malade souffre un peu vers l'hypogastre et les reins. Matin, 38°6.

Le soir étouffements ; douleurs lombaires. T. 38,° : notous que la malade exagère son état le soir afin d'obtenir une injection de morphine. Nous lui prescrivons 4 gr. de chloral.

Le 23. — La malade n'a pas dormi : l'urticaire a complètement disparu, mais le facies reste altéré ; elle ne veut pas prendre de nourriture ; les urines sont rosaciques et phosphatiques.

Quelques hydatides flottent dans le flacon récepteur Matin, 38°,8, soir, 38°, 4.

Le 25. — L'état général est meilleur, mais la malade est fatiguée par des visites. Matin, 38°,8, soir, 38°, 4.

Le 25. — M. Verneuil parle de la malade à sa clinique. Pour la première fois il a retiré la sonde ; on lave la poche et on la distend par plusieurs injections d'eau phéniquée. Cahque fois il y a expulsion de nombreuses hydatides filles et de lambeaux encore restreints de l'hydatide mère. M. Verneuil fait remarquer à ce propos l'abondance des hydatides ; mais, dit-il ce n'est pas une raison pour hâter l'expulsion, et il faut agir avec prudence. « Dans un cas relaté dans la thèse de Lapersonne, je me suis pressé et la malade a eu une arthrite. Si l'orifice est trop étroit pour permettre une évacuation facile, on peut faire la dilatation progressive avec des sondes molles ; dans quelques cas, si l'on soupçonne que les adhérences formées sont nombreuses et étendues, on peut débrider. »

La malade a peu souffert pendant le pansement, T. matin 37°,6. Soir, 38°4.

Le 26. — Matin 38°. Le soir je fais un nouveau lavage phéniqué. L'état est bon, Après mon départ, la température est montée à 39°; 2.

Le 27. — On fait le pansement pour la seconde fois. On change la sonde, mais les hydatides sortent difficilement et il faut les extraire à la pince ; la poche cependant semble se rétracter. Le pansement est refait, et une nouvelle sonde mise en place. Température de matin 38°.

Le soir 40°, de température, injection de morphine. Je ne fais pas de nouveau lavage. La malade qui est très constipée a eu un lavement dans la journée.

Le 28. — Bon état ce matin, Matin, 38°, soir, 39°.

Le 29. — On ne fait pas de nouveau lavage. Etat stationnaire. Matin, 38°, soir, 38°8.

Le 30. — On retire la sonde et on fait un lavage qui évacue un nombre vraiment incroyable d'hydatides flétries, macérées et très fétides, évacuation d'un lambeau important de la paroi kystique. Matin, 47°, c, soir, 39°,4.

Le 31. — Je fais une simple injection sans retirer la sonde : il sort quelques hydatides. Matin, 37°,8, soir, 38°,4.

1er avril. — On retire la sonde : des lavages toujours aidés de traction avec pinces évacuent une quantité considérable d'hydatides. Matin, 38,°, soir, 39°,4.

Le 2. — Rien de particulier. Matin, 37°,8, soir, 38°,6.

Le 3. — Nouvelle évacuation dont l'abondance surprend tous les assistants ; il sort aujourd'hui d'énormes hydatides à paroi très épaisse : mesurée avec la sonde cannelée la cavité hépatique revient sur elle-même depuis quelque temps et se rétrécit considérablement. Matin, 38° 4.

Le soir je fais une injection antiseptique dans la cavité du kyste. T. 37°,8, le soir l'état est bon.

Le 4. — Matin, 37°,1. Nouveau lavage le soir.

Le 5. — On fait un pansement en retirant la sonde, *et c'est à partir de ce jour que commence l'écoulement incessant et considérable de bile sur lequel notre observation a pour but d'attirer l'attention*; nous trouvons notés en effet : 1° une évacuation de très nombreuses hydatides ; 2° écoulement d'un liquide *fortement coloré en jaune* par la bile et qui n'est autre que de la bile presque pure diluée par l'eau de lavage. Matin, 37°6.

Le soir la malade est très fatiguée ; l'état est grave, il y a *hypothermie* considérable (35°,8) les extrémités sont froides ; plusieurs vomissements dans la journée. Nous prescrivons une injection sous-cutanée d'éther : le pronostic devient sérieux.

Le 6. — La malade va mieux. Le pansement n'est pas renouvelé. Purgation, 36°,5.

Le soir je fais un lavage dont le liquide ressort librement : il semble qu'il reste peu d'hydatides dans le kyste, mais l'injection *ramène une quantité très notable de bile diluée*. Les *fœces sont fétides, non décolorées*. L'émaciation s'accuse. Nausées, hoquet, ne prend presque aucune nourriture. Soir, 37°.

Le 7. — Lavage du kyste qui s'effectue bien, mais s'accompagne toujours d'*écoulement de bile* excessivement abondant : la nutrition est languissante, les fœces décolorées.

Le soir 37°,2, nouveau lavage, la bile s'écoule toujours et tache le pansement, quelques hydatides font encore clapet.

Le 8. Evacuation de quelques hydatides, matin, 36°,8; soir, 36°.

De 9. Lavage et sortie de quelques hydatides : *l'écoulement de la bile persiste*. Matin, 37°,2 ; soir, 37°.

Le 10. Les hydatides sont évacuées de nouveau en grand nombre, elles sont volumineuses et mélangées de lambeaux pariétaux. Emaciation considérable. Etat nerveux. La poche diminue dans des proportions notables. Matin, 37°,2; soir, 37°,3°.

Le 11. La malade vomit tout ce qu'elle prend : le facies est très altéré. Emaciation extrême. Constipation. *L'écoulement bilieux est constant*. Purgation, glace. Mâtin, 37° ; soir, 37°,6°.

Le 12. Les vomissements continuent; l'amaigrissement s'accentue et paraît produit par *la perte de bile* et le défaut d'alimentation. Matin, 36°,6 ; soir 37°.

Le 13. Matin, 36°,6. Le soir à la contre-visite nous retirons la *valeur de deux verres de bile absolument pure* ; le lavage se fait bien. Vomissements, émaciation etc... Potion de Rivière ; glace. T. soir, 37°.

Le 14. Matin, 36°. Nouveau lavages : *écoulement de bile pure*, onctueuse, filante. Il y a teinte ictérique des sclérotiques ; rien de particulier du côté des selles. T. soir, 36°,8.

Le 15. Lavage de la poche. *Ecoulement considérable de bile pure*. Evacuation d'une grosse hydatide. L émaciation s'accentue encore. La malade vomit beaucoup. Potion de Rivière. Matin, 36°,6; soir, 37°,2.

Le 16. Lavage ; *l'écoulement de la bile persiste* ; nous prescrivons des lavements de peptone. T. 37°

Dans la journée état grave : le facies est très mauvais : teinte ictérique de la peau ; la malade a une toux hépatique qui la fatigue beaucoup, les yeux sont voilés, l'intelligence obtuse. Elle ne peut garder ses lavements ; il y a tendance à l'hypothermie dont la croissance semble en relation avec l'écoulement biliaire. Le soir, état très grave : en quelques jours l'émaciation a fait des progrès effrayants, la diglutition est presque impossible. T. 36°, 6.

Le 17. Etat toujours très grave, on fait un lavage, faiblesse extrême. T. 36°,4.

Le soir à 4 heures, je regarde la malade comme agonisante, elle est insensible à toute excitation et respire à peine. Après mon départ il y a évacuation spontanée dans le vase récepteur d'une masse d'hydatides fortement coloré et rendue visqueuse par la *présence de la bile*. La sonde a été arrachée par la malade et ne peut être remise en place. T. 38°,8. La nuit il faut faire une piqûre d'éther.

Le 18. Nous sommes tout étonnés de retrouver la malade : il y a même légère amélioration, bien que l'état soit toujours des plus sérieux, elle répond assez bien à nos questions. La sonde n'a pas été replacée; T. 35°!!!

Le soir à 4 heures, je mets en place 2 tubes géminés et je tente un lavage qui ramène un liquide trouble et purulent. T. 36°,6.

A 8 heures du soir, deuxième lavage, à minuit encore un troisième suivi d'une injection sous-cutanée d'éther. La sonde tombe de nouveau.

Le 19. Je replace les deux tubes, le lavage très difficile ne ramène

aucun lambeau de paroi ou d'hydatide, T. matin, 35°,6; soir, 37°,8. L'hypothermie est croissante.

Le 20. T. matin, 36°,6. La malade meurt à 2 heures de l'après-midi dans un état de collapsus dont rien ne peut la tirer.

*L'autopsie* est faite le 22 avril, par M. Ricard, qui a bien voulu nous conserver les pièces anatomiques, nous n'insisterons pas sur cette autopsie qui ne nous a rien révélé d'anormal du côté de la cavité péritonéale ni des autres organes autres que le foie, l'examen de cet organe se trouve reporté à la fin des considérations que nous émettons ci-dessous.

Ainsi qu'il résulte de la lecture attentive de cette observation, l'écoulement persistant et abondant de bile a produit, chez notre malade, un état de langueur avec hypothermie qui l'a définitivement conduite à la cachexie et à la mort; la nutrition ralentie, presque nulle, n'a pu faire face à la dépense qu'exigeait l'état précaire de la malade. Nous noterons que nous n'avons point observé, dans ce cas, l'exagération d'appétit sur lequel les auteurs ont tant insisté à plusieurs reprises, et que ce fait cadre bien avec les idées régnantes sur les retards de la nutrition chez les sujets atteints de kystes hydatiques.

L'occasion était belle de vérifier le dire des auteurs et de nous enquérir de la cause de cet écoulement persistant de bile et nous n'y avons pas manqué. Ainsi que le fait remarquer M. Potherat « il n'est point besoin pour l'expliquer d'invoquer le défaut d'asepsie (Kuester) ou l'envahissement des canalicules (Genzmer) ». Nous pensons même que cette dernière interprétation doit être rejetée puisque l'écoulement de bile est ordinairement tardif et n'apparaît point au moment même de la chute de la poche mais dans les jours qui suivent.

Avec Wechselmann nous admettons la dilatation ampullaire des canalicules biliaires, oblitérés par places, dilatés en d'autres places.

Potherat, dans un cas observé par lui, en a fait la constatation anatomique; d'autre part, sur la pièce que nous avons recueillie, nous avons pu observer ces dilatations ampullaires, ces *varices biliaires* avec la plus grande netteté.

N'est-il point dès lors rationnel d'admettre que, soutenus et par la poche kystique et par la pression du liquide intra-kystique, les canalicules biliaires si dilatés et si faibles qu'ils soient, suffisent à jouer leur rôle de conduits vecteurs de la bile; que privées de ce soutien, leurs parois laissent filtrer le liquide biliaire (coloration des liquides du pansement par la bile) ou peuvent même se rompre et donner lieu alors à l'effusion de bile presque pure.

N'est-il pas probable encore que le procédé opératoire (trocart ou incision) ne peut être nullement incriminé, puisque l'un et l'autre ont pour résultat de diminuer la tension intra-kystique et que, dans les deux cas, le même phénomène de réplétion et de rupture des canalicules biliaires variqueux et restés sans soutien peut se produire par le même mécanisme, bien analogue à celui de la rupture des vaisseaux qui rampent à la surfaces des cavernes pulmonaires.

A quelle conclusion thérapeutique conduisent donc ces considérations? Pas plus qu'on ne doit violenter la surface d'une plaie en voie de granulation sous peine de provoquer une effusion sanguine, on ne doit violenter la paroi du kyste principalement au moment et après la chute de la poche principale; les injections devront (procédé du trocart) être poussées avec une extrême douceur; la tension du liquide pourra être maintenue à un degré convenable, compatible avec la rétraction de la poche par l'injection de quantités décroissantes de liquide; le tamponnement modéré, mais exact, de la cavité (procédé de l'incision large) sera aussi un des plus sûrs moyens d'éviter pareil accident et de permettre aux canaux dilatés d'acquérir, par voie de réparation de la cavité kystique, la résistance nécessaire pour lutter efficacement contre les variations de pression auxquelles elle se trouve soumise.

On ne peut aussi, nous semble-t-il, faire abstraction complète des adhérences possibles de la poche kystique au parenchyme hépatique et par suite aux canalicules biliaires qui sont situés à la surface : on comprend alors que la séparation de la membrane hydatique et de la paroi hépatique constitue le moment critique pour la production de l'écoulement de bile. Les rapports intimes des deux organismes, hydatide et foie, ont un intérêt anatomo-pathologique qui fait la base des considérations sur lesquelles M. le professeur Verneuil appelle l'attention chaque fois qu'il discute le traitement des kystes hydatiques par le procédé du trocart. La clinique remarquable que depuis longtemps nous nous promettions de publier trouve donc ici sa place toute naturelle et nous la faisons suivre sans autre transition.

*(A suivre.)*

# REVUE GENERALE

**TUMEURS DU PANCRÉAS. — SYMPTOMATOLOGIE, ÉTIOLOGIE ET DIAGNOSTIC DES KYSTES DU PANCRÉAS.**

*(Suite et fin)* (1).

IV. — Le malade de Cathcart a fait l'objet d'une présentation à la Société de chirurgie d'Edimburg. Il s'agit d'un jeune garçon, tombé sous une voiture qui lui avait passé sur le corps. On l'avait soigné pour une lésion interne grave, dans un hôpital. Au bout de quinze jours, comme on n'avait pas vu se développer de nouveaux symptômes, on avait rendu le malade à sa famille.

Quelques mois plus tard, le patient se faisait réadmettre à l'hôpital. Il avait le ventre tuméfié, et en l'examinant, on acquit la preuve que cette tuméfaction était en rapport avec la présence d'une tumeur, à contenu liquide. Une ponction exploratrice, pratiquée avec une seringue de Pravaz, donna issue à un liquide brun foncé. Presque immédiatement après, le malade vint en proie à des douleurs violentes, il tomba dans un état de collapsus. On lui fit une laparotomie, et on trouva, épanché dans la cavité abdominale, un liquide de même aspect que celui qu'on avait retiré avec la seringue. Le foie et la rate étaient dans un état normal. En introduisant un doigt dans le ventre du patient, l'explorateur tomba sur un kyste en rapport avec le pancréas, en partie affaissé sur lui-même. La tumeur envahissait l'hypochondre gauche. Elle fut incisée à ce niveau, et drainée. Le liquide qui s'en écoula était entièrement séreux, de réaction alcaline; il irritait les téguments, n'avait aucune action sur les albuminoïdes, mais transformait l'amidon en sucre.

Les deux plaies se sont cicatrisées, sans le moindre incident fâcheux.

En somme, en ajoutant aux observations citées, ou analysées plus haut, un cas de Zalzer, (*Zeitschrift für Heilkunde*, 1886, t. VII, p. II) et un autre de Subotik, (*Wiener medicin. Zeitung* 1887, t. XXXII, p. 279) on arrive à un total de 22 cas de kystes du pancréas, qui fournissent des éléments suffisants pour tracer les traits principaux de l'histoire clinique de ce genre de tumeur.

*Etiologie.* — Le traumatisme joue un rôle manifeste, difficile à définir, dans le développement des kystes du pancréas.

(1) Voir le numéro précédent.

Dans cinq observations (Küster, Kulenkampf Senn, Reigner, Karewsky, Cathcart), il est dit explicitement que les premiers symptômes se sont montrés à la suite d'un accident. Peut-être le traumatisme agit-il en provoquant un épanchement de sang dans le tissu pancréas, ainsi que l'a fait remarquer Riegner.

Dans l'observation de Gussenbauer, des écarts de régime paraissent avoir joué un certain rôle dans le développement de la maladie.

Enfin, on peut se demander avec Riegner, si un ulcère simple de l'estomac n'a pas été quelquefois le point de départ d'une obstruction du canal excréteur dn pancréas et, consécutivement, d'un kyste de cette glande.

Il est vrai de dire que des arguments sérieux militent contre cette conception pathogénique, contre l'idée qu'il s'agit, dans les tumeurs visées par ce travail, de kystes par rétention. On a rencontré un certain nombre de fois, à l'ouverture d'un cadavre, une obstruction du canal de Wirsung par une concrétion de carbonate de chaux, en amont de laquelle il s'était formée une poche kystique,mais une poche dont le volume ne dépassait jamais celui d'un poing. D'autre part,dans les cas de de kystes volumineux du pancréas, opérés jusqu'à ce jour, on n'a jamais trouvé le canal excréteur de la glande oblitéré par une concrétion. Enfin Seun (The Surgery of pancréas, Philadelphia 1886) a lié une série de fois, chez des animaux en vie, le canal de Wirsung, sans pouvoir réussir à provoquer le développement d'un kyste.

*Symptomatologie et diagnostic.* — Utilisant les faits connus jusqu'à ce jour, Riegner a tracé dans les termes qui suivent,la symptomatologie des kystes du pancréas.

Dans certains cas, immédiatement à la suite d'un traumatisme. d'autres fois longtemps après, quelquefois aussi à la suite de graves écarts de régime, souvent sans cause appréciable, un individu est pris de vomissements violents, tenaces, furibonds, de douleurs névralgiques dans la sphère du plexus cœliaque, se compliquant d'un collapsus prononcé ; le tout donne l'impression d'une péritonite par perforation. Les accès se reproduisent un certain nombre de fois, à des intervalles plus ou moins rapprochés. Tandis que les troubles digestifs persistent et que le patient maigrit visiblement, on ne tarde pas à s'apercevoir de la présence d'une tumeur dans la région épigastrique. Le plus souvent cette tumeur se développe avec une grande rapidité ; elle est sphéroïde, lisse à sa surface, mobile, manifestement fluctuante ; bref, elle donne l'impression d'un kyste. Souvent elle est animée de forts battements, propagés par l'aorte sous-jacente, de telle sorte qu'on est porté à soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Dans plusieurs cas, la tumeur se délimitait nettement du foie et de la rate, par une étroite zone de tympanisme.

La distension gazeuse de l'estomac et du côlon transverse, qui a une grande importance diagnostique, fait voir que la tumeur est située en arrière de ces organes, que partant, elle n'a pu se développer aux dépens de la bourse épiploïque. Dans quatre cas diagnostiqués avant l'opération, la tumeur s'était frayé un chemin vers la paroi abdominale antérieure à travers le ligament gastro-colique, dans le cas de Riegner à travers le petit épiploon. Une fois que, par la constatation des symptômes qui précèdent, le diagnostic de kyste du pancréas est devenu vraisemblable, la ponction exploratrice peut fournir des éléments de certitude ; c'est quand elle donne issue à un liquide contenant de l'albumine, le plus souvent aussi du sang, avec des globules rouges, les uns altérés, les autres frais, ainsi que des cellules granulo-graisseuses. Dans quelques cas on a constaté la présence du sucre dans l'urine ; il peut y avoir aussi des symptômes de diabète insipide.

Quand le kyste atteint un volume tel qu'il envahit la totalité de l'abdomen, un interrogatoire minutieux peut seul renseigner sur le point de départ de la tumeur et contribuer avec l'exploration minutieuse des organes abdominaux, à éviter une erreur de diagnostic souvent commise, consistant à prendre le kyste dn pancréas pour un kyste de de l'ovaire. En pareil cas, c'est-à-dire à une époque où le contenu du kyste est déjà fortement altéré, la ponction exploratrice ne donnera pas de résultats caractéristiques.

En résumé,les erreurs de diagnostic qu'on est surtout exposé à commettre, en présence d'un malade porteur d'un kyste du pancréas, consistent à confondre une tumeur de cette nature avec un kyste echinocoque du foie, de la rate ou de l'épiploon, avec un anévrysme de l'aorte, avec un kyste de l'ovaire chez les femmes.

Pour ce qui concerne cette dernière méprise, elle n'est admissible qu'autant que le kyste du pancréas arrive à remplir la plus grande partie de la cavité abnominale. Un interrogatoire minutieux, visant surtout à établir le point de départ précis de la tumeur (au-dessous de l'ombilic),la palpation bimanuelle, pratiquée avec tout le soin désirable, pour mettre en lumière les connexions du kyste avec les organes génitaux, et complétée par la percussion, enfin la ponction exploratrice constituent un ensemble de ressources propres à faire éviter cette erreur dans la plupart des cas. Enfin une fois que le soupçon d'un kyste du pancréas sera entré dans l'esprit, la distension gazeuse de l'estomac lèvera tous les doutes : dans le cas d'un kyste du pancréas, l'estomac se place devant la tumeur, tandis qu'il sera refoulé en arrière, dans le cas d'un kyste ovarien.

La même épreuve sera également décisive, lorsqu'on hésite entre l'hypothèse d'un kyste dn pancréas et celle d'une tumeur fluctuante du foie, d'un kyste echinocoque notamment. Souvent la percussion donne des résultats suffisants pour trancher cette difficulté de diagnostic, surtout quand on a soin de percuter le malade alternativement dans le décubitus dorsal et dans l'attitude debout. Pendant cette dernière attitude, il y a les plns grandes chances pour que le kyste du pancréas, sollicité par la pesanteur, s'écarte du foie. On procédera de même, quand on hésite entre l'hypothèse d'un kyste de la queue du pancréas et d'un kyste echinocoque de la rate.

Soit dit en passant, sur les 22 cas de kyste du pancréas, utilisés pour ce travail, on en compte 9 (Seun, Küster, Subotik, Güssenbauer, Ochsner, Karewski, Riegner, Philippow) ou le diagnostic exact a été porté avant l'opération, 6 cas (Salzer, Bozemaun, Billroth, Ahlfeld, Riedel, Rokitansky) où, au moment d'opérer, on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire, 2 cas (Keulenkampf, Hahn) où le kyste du pancréas avait été pris pour un kyste echinocoque du foie, 1 autre (Thiersch) où l'on croyait à l'existence d'un abcès de la paroi abdominale. Enfin, dans le cas de Kühnast, on avait diagnostiqué un cancer de l'estomac.

*Traitement.* — Dans un cas de kyste du pancréas, les ressources de la thérapeutique se réduisent à l'intervention chirurgicale. Celle-ci devra se borner à l'ouverture du kyste et à la fixation de sa paroi aux lèvres de la plaie abdominale. Les faits démontrent qu'il est à la fois difficile et dangereux de procéder à l'extirpation totale du kyste. Ce mode opératoire n'a été appliqué jusqu'ici que lorsque l'intervention était dictée par un diagnostic erroné, par l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire, et alors, 5 fois sur 6, l'opération a été suivie d'un dénouement fatal, amené le plus souvent par une péritonite suppurée. A noter que dans le cas de Bozemann, terminé par

guérison, le kyste était pédiculé, circonstance favorable à une extirpation radicale.

Sur 14 cas traites par simple incision avec fixation du kyste à la paroi abdominale et drainage consécutif, 12 se sont terminés par guérison; dans les deux autres, la mort a été causée, une fois (Ahlfeld) par une péricardite propagée, une antre fois (Zukowski) par une péritonite suppurée. Un des opérés qui ont guéri (Thiersch) a conservé une fistule.

Enfin, dans un cas (Dixon), on a en recours à une ponction aspiratrice du kyste; le malade est mort cinq semaines après l'opération.

**V.** — Le traitement chirurgical a été tenté avec succès dans des cas de tumeurs du pancréas, autres que des kystes, voire dans des cas de tumeurs malignes; l'observation de Ruggi en est une preuve. Voici une relation abrégée de ce cas :

Une femme de 50 ans, multipare, était depuis longtemps sujette à la dysménorrhée; depuis quelque temps elle avait eu des ménorrhagies profuses. Elle avait beaucoup dépéri et elle était tombée dans la mélancolie. En l'examinant, le médecin constata que l'abdomen, considérablement distendu, logeait deux tumeurs complètement indépendantes l'une de l'autre. L'une, émergeant du petit bassin, pour remonter jusqu'à l'ombilic, du volume d'une tête d'adulte, était selon toute vraisemblance un fibromyôme. L'autre, située dans l'hypochondre gauche, s'étendait depuis l'ombilic d'avant en arrière. Cette seconde tumeur s'était beaucoup accrue dans les derniers temps; elle était devenue très sensible à la palpation; elle avait une consistance dure. Dans le sens transversal elle mesurait 25 cent. et dans le sens vertical 13 centimètres.

Une incision transversale, pratiquée dans la paroi de l'abdomen, donna issue à une grande quantité de liquide ascitique, et mit à jour une tumeur d'une consistance plus molle que ne l'aurait fait supposer le palper abdominal. Cette tumeur était située immédiatement au-dessous du coude supérieur décrit par le duodénum. Elle faisait partie intégrante du pancréas. Son extirpation ne donna lieu à aucune difficulté. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

Après l'opération, l'état de la femme s'est rapidement amélioré, et les dernières nouvelles, reçues à la date du 4 septembre 1890, étaient des plus satisfaisantes.

— Incidemment je signalerai, comme se rattachant au sujet de cette revue, un travail de M. Hagenbach (*Zeitschrift fur Klin. Chirurgie*, T. XXVII, fasc. 1 et 2, p. 110, 1887). Ce travail renferme un chapitre consacré aux hématomes et aux kystes apoplectiques du pancréas. L'auteur rappelle que suivant la définition de Friedreich, il faut entendre sous le nom d'hématomes, des tumeurs résultant d'une hémorrhagie dans l'intérieur d'un kyste préexistant, et que les kystes apoplectiques proviennent au contraire d'épanchements de sang circonscrits, formés dans le tissu pancréatique préalablement ramolli par une altération dégénérative ou autre. L'étude des hématomes se confond avec celle des kystes ordinaires, dont les kystes apoplectiques se distinguent cliniquement par la variabilité de leurs symptômes, par leur extrême rareté, et par la gravité de leur pronostic, toute intervention thérapeutique étant illusoire en pareils cas.

E. RICKLIN.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

**I.** — Les diverses branches de la médecine participent actuellement à un mouvement général de rénovation; aucune ne paraît y devoir échapper.

La dermatologie, après avoir en quelque sorte pris naissance dans notre pays, et y avoir toujours possédé des maîtres éminents, semblait cependant, depuis une trentaine d'années, s'être mise en retard sur les pays étrangers. C'est que les écoles rivales qui d'abord avaient puisé leur inspiration à notre hôpital Saint-Louis, travaillaient de leur côté; en se spécialisant, leurs professeurs cultivaient mieux que nous la pathologie cutanée et semblaient obtenir plus de fruits de leurs études. Aujourd'hui la France dermatologique s'est réveillée laborieuse, entreprenante. Un recueil trimestriel lui suffisait il y a quelques années pour répondre à ses aspirations. Ce recueil est devenu mensuel depuis huit ans; et voici qu'une nouvelle revue mensuelle paraissait il y a tantôt douze mois.

Une Société de dermatologie et de syphiligraphie a été fondée à Paris l'an dernier; maintenant elle publie depuis le mois de juin des comptes rendus mensuels pleins d'intérêt.

Pourquoi oublierions-nous de mentionner ici le premier Congrès international de dermatologie qui a eu un si grand et si légitime succès et dont M. le Dr Henry Feulard qui en avait été un secrétaire général hors ligne, vient de faire paraître le compte rendu en un superbe volume de près de mille pages?

Tous ces débouchés ont formé autant de courants destinés à attirer et à augmenter les études et les recherches. Aussi un peu partout, voyons-nous des travaux apparaître qui mettent en évidence ce mouvement en même temps qu'ils concourent à le produire.

**II.** — En dehors des mémoires qui alimentent les revues spéciales, ou qui se présentent devant la nouvelle société de dermatologie, les thèses inaugurales traitant un sujet de pathologie cutanée surabondent. Quelques-unes ont une grande valeur. Citons en particulier la thèse de M. Edouard Janselme sur les dermites et l'éléphantiasis consécutif aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux (1), celle du Dr J. B. M. Pallier sur les périfolliculites suppurées agminées en plaques (2), précédée quelques semaines avant de l'étude du Dr V. M. Niclot sur une variété spéciale de folliculite destructive des régions velues (3).

M. le Dr Paul Raymond a donné un très bon travail sur l'*Urticaire pigmentée* (4); M. Henri Méry a étudié d'une manière intéressante l'anatomie pathologique et la nature de la sclérodermie (5); tandis que M. A. Thiébault nous présentait (6) des observations cliniques pour servir à l'histoire de la Psorospermose folliculaire végétante de Darier, affection cutanée non décrite ou comprise dans le groupe des acnés sébacées, cornées, hypertrophiantes, etc. Signalons aussi l'étude de M. A. Moingeard sur le pityriasis rosé de Gibert (7), le travail de M. G. Rossignot sur la gangrène des extrémités chez les enfants (8), celui de M. G. Barbarat sur le diagnostic différentiel des éruptions du cuir chevelu dans l'enfance (9) et les trop courts mémoires de M. P.-A. Robert sur l'acné décalvante (10); de M. Mackew sur la myxœdème (11); de M. J. Donnadieu sur les rapports de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo (12).

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur.
(2) Paris, G. Steinheil.
(3) Paris, A. Davy.
(4) Paris, O. Doin.
(5) Paris, G. Steinheil.
(6) Paris, G. Steinheil.
(7) Paris, Henri Jouve, 1889.
(8) Paris, Henri Jouve.
(9) Paris, Ollier-Henry.
(10) Paris, G. Steinheil.
(11) Paris. H. Jouve.
(12) Paris, H. Jouve.

Dans la même année 1889, on a vu se produire une multitude d'autres thèses dermatologiques : celle de M. M.-A.-P. Feuardent sur l'Epithélioma des glandes sébacées, celle de M. A. Gibrat sur la dégénérescence épithéliomateuse du lupus, celle de M. L. Maurau sur le *Molluscum contagiosum*, celle de M. E. Bègue sur les manifestations oculaires de la lèpre; celle de M. Gaume sur le purpura rhumatoïde névropathique.

M. Armand Lefèvre nous avait déjà donné l'année précédente son intéressante étude sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme (1); M. E. Plichon s'était occupé spécialement de la tuberculose des lèvres et M. Scialom des vergetures du thorax. M. F. Bielawsky avait traité la question de l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses; M. J. Meunier, la question des éruptions iodoformiques, enfin M. A. Bouju nous a décrit les éruptions cutanées multiformes provoquées par l'administration de l'hydrate de chloral.

Toutes les thèses dermatologiques sont loin d'avoir beaucoup d'importance; témoin 3 thèses sur le zona : celle de M. Boulland sur le zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé, celle de M. P. Leroux sur le zona des tuberculeux et même celle de M. Gannet sur *quelques cas de zona chez les paralytiques généraux*, thèses qui sont, surtout les deux premières des trois, fort insuffisantes.

III. — Mais ce n'est pas seulement sous la forme de dissertations inaugurales que l'activité dermatologique manifeste et accentue ses effets. De bien d'autres côtés, on produit des études afférentes à la pathologie cutanée.

Citons entre autres et à une place d'honneur, le court mais très substantiel travail d'un médecin des hôpitaux de Paris, du Dr E. Brissand, sur la Théorie nerveuse du psoriasis. Citons encore le mémoire d'un professeur de Madrid, du Dr Eugène Olavide, sur le *Rhumatisme et les dermatoses rhumatismales* (2), mémoire que le Dr Ch. Lavielle a traduit et que M. Lancereaux a honoré d'une introduction. Un médecin italien, le Dr Amédée Marianelli, nous a donné une intéressante contribution à l'étude du pemphigus végétant (3). Un professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, M. L. Baumel, s'est occupé de la mélanodermie et des capsules surrénales à propos de deux nouveaux cas de maladie d'Addison. M. le Dr Ch. Bourdillon a produit un volumineux travail intitulé : Psoriasis et Arthropathies. Le Dr Puy-le-Blanc de Royat a traité de l'eczéma et de son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeuthiques ordinaires (4). Et d'autre part M. le Dr Dauzat nous parle du lupus à propos du traitement de cette affection par les eaux de la Bourboule; tandis qu'un autre médecin de cette même station balnéaire, M. F. Morin, nous envoie une note à consulter sur les manifestations bactériologiques de la scrofulo-tuberculose et leur traitement préventif. A propos des manifestations cutanées de la scrofulose, nous donnerons ici pour aujourd'hui une simple mention à un travail qui mérite mieux; je veux parler du mémoire de M. Louis Amat, mémoire intitulé : *De la scrofule. Histoire et doctrines, étiologie, prophylaxie dans la première enfance*, et qui a été récompensé par l'Académie de médecine (5).

IV. — Au milieu de cette multitude de productions se rapportant toutes à une même division des sciences médicales, on comprend combien le praticien doit être désireux de trouver un fil d'Ariane qui lui permettre de pénétrer dans le labyrinthe et de le visiter sans risquer de s'y perdre. Car il faut bien l'avouer, la dermatologie commence à être un vrai labyrinthe. On vient de le voir, ils sont nombreux ceux, qui cherchent chacun de leur côté à faire leur tron dans ce vaste domaine; et je suis loin de les avoir tous cités, tant s'en faut. Or, à vrai dire, le clinicien, celui qui cherche simplement à faire bénéficier ses malades des études et des découvertes théoriques et pratiques des autres, doit se trouver heureux qu'on lui épargne des recherches pour lui fastidieuses, dans la masse des publications qui vont tous les jours s'accumulant de plus belle.

Un homme s'est rencontré, un dermatologiste sérieux et déjà fort honorablement connu en pathologie cutanée, M. L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, qui ayant encore assez de jeunesse pour avoir toutes les audaces, a entrepris et mené à bonne fin un énorme travail.

Il vient de publier en effet un gros volume sous ce titre : *Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses* (1).

Le simple énoncé de ce titre dit bien tout ce que renferme l'ouvrage. C'est de la thérapeutique surtout qu'on y a mise, car c'est surtout de la thérapeutique, que le médecin non spécialisé y viendra chercher. Mais avant l'exposé complet du traitement de chaque maladie cutanée, il y a une description des symptômes assez complète pour que l'esprit du praticien puisse s'assurer qu'il ne s'est pas trompé dans son diagnostic. On trouvera de plus dans cette description, et dans les remarques étiologiques qui les accompagnent, des éléments suffisants pour diriger la conduite du thérapeute au milieu des diverses formes que chaque maladie peut revêtir.

M. Brocq a adopté dans son livre l'ordre alphabétique. Il a bien fait, étant donné le but qu'il visait. Ce n'est pas en effet, un traité *ex-professo* qu'il ambitionnait de nous offrir; M. Brocq se montre plus modeste, parfois trop modeste même. Il nous dit dans sa préface : « On trouvera sans doute qu'il y a quelques longueurs, que j'aurais pu donner moins de formules pour bien montrer comment on doit se servir des divers médicaments, et comment on peut les combiner entre eux. J'ai prié mon ami, M. Leclerc, pharmacien des plus distingués, de les revoir afin d'éviter autant que possible de grossières erreurs. »

N'ai-je pas raison de trouver M. Brocq trop modeste? Quoi qu'il en soit, puisqu'il ne voulait que vulgariser le traitement des maladies de la peau, il a pleinement réussi. C'est bien là un livre éminemment pratique. Et cependant à chaque page, on entrevoit, on sent le dermatologiste au courant de tous les travaux récents, en même temps que le médecin expérimenté.

Je m'arrête, ne voulant pas fouiller dans cette mine de documents pour les examiner à la loupe d'une critique minutieuse. Que tout n'y soit pas d'une égale valeur, c'est le fait d'une œuvre humaine, surtout lorsqu'elle est comme celle-ci, composée d'éléments empruntés de toutes parts.

Mais, ici, si on trouve de la gangue, en revanche il y a beaucoup d'or. C'est donc un livre précieux.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1) Paris, G. Steinheil, 1890.
(2) Paris, O. Doin, éditeur.
(3) Milano, G. Prato, 1889.
(4) Paris, Coccoz, 1890.
(5) In-8° de 136 pages. Extrait du *Montpellier médical*. Coulet et Masson 1889.

(1) Paris, 1890, Octave Doin éditeur, 1 vol. grand in-8° de VIII — 928 pages.

## BULLETIN

SEPTICÉMIE GANGRÉNEUSE ET TÉTANOS. — DU SALOL

L'existence simnltanée, chez un blessé, de la septicémie gangrénense et dn tétanos avait frappé depuis longtemps les chirurgiens. Y avait-il identité de nature entre les deux affections ou pure coïncidence? On ne ponvait guère, jnsqu'à présent, pour démontrer la coïncidence, que s'appnyer sur des faits d'observation montrant la fréquence dn tétanos à la suite de plaies, sans gravité apparente, et n'ayant présenté à aucnn moment les signes de la septicémie gangréneuse. M. le professeur Verneuil, dans la dernière séance de l'Académie des sciences, vient d'apporter des preuves, montrant que s'il y a coexistence quelquefois observée, entre l'une et l'autre maladie, il s'agit en réalité d'une infection mixte, quant à la nature, entre le tétanos et la gangrène des plaies.

On sait en effet que dans la terre cultivée on rencontre, entre antres, denx organismes virulents : le premier est le *vibrion septique de Pasteur*, agent pathogène de la septicémie; le second est *le bacille tétanigène de Nicolaïer*, agent du tétanos

Or l'inoculation de semblables échantillons de terre provoque chez les animaux tantôt la septicémie gangréneuse, tantôt le tétanos, sans qu'il soit possible de fixer les conditions dans lesqnelles l'une de ces maladies prend naissance de préférence à l'antre.

D'autre part, la durée de l'inoculation n'est point la même dans les deux cas. L'apparition du tétanos après l'inoculation est beancoup plns tardive, du quatrième an cinquième jour, parfois plus tard ; tandis que la septicémie apparaît dès les premiers jours, quelquefois dès les premières heures. Chez les animaux, on n'a pas observé la succession des deux maladies chez un même sujet, par la raison que la septicémie est toujours mortelle et tue avant la date d'apparition possible dn tétanos. Chez l'homme, il n'en est pas de même, et la septicémie n'étant pas fatalement mortelle, on peut voir se snccéder, chez un même blessé, d'abord la septicémie dont on peut avoir raison par des moyens chirurgicaux et antiseptiques, puis le tétanos. L'ordre de succession serait donc le même que chez les animaux, seulement la durée d'incubation est plus longue, deux à trois jours pour la septicémie, et sept à huit jours pour le tétanos.

M. Verneuil cite, à l'appui, deux nouvelles observations qui lui ont été fournies l'une par M. le Dr Labit, médecin major au 35e de ligne, l'autre par M. Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de fractnres compliquées ayant été en contact avec la terre. Il y ent d'abord de la septicémie gangrénense qui guérit, puis le tétanos survint au 7e jour, enlevant les deux malades.

Ces nouveaux faits du savant professeur de la Faculté de Paris montrent donc que la coexistence des deux affections chez un même malade n'est point la manifestation d'un même état morbide, que tétanos et septicémie ont chacun leur organisme pathogène, et que la succession des phénomènes est sous la dépendance de l'incubation, variable en durée, pour l'un et pour l'autre de ces organismes.

La coexistence du vibrion septique et dn bacille de Nicolaïer dans les mêmes échantillons de terre pourrait à la rigueur faire redouter l'apparition du tétanos chez un blessé, atteint au bout de qnelques jours de septicémie ; mais là se bornent les indications fournies par l'étiologie. L'indépendance absolne des deux microorganismes, rapprochée des faits cliniquement observés, montre suffisamment qne le tétanos n'est point nne snite obligée de la septicémie. « Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évolnent dans la suite d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leur virus, et sans paraître manifestement s'influencer. »

C'est nn nouveau chapitre intéressant de l'histoire des associations microbiennes chez un même individu.

— La liste des médicaments d'antisepsie générale s'accroît tons les jours. M. Ed. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux, vient de commnniquer le résultat de ses recherches sur le *salol*.

Rappelant les expériences de F. Dreyfous, d'Albarran, de White et de Lane, M. Hirtz a étudié le salol, sons trois points de vue, comme antiseptique urinaire, comme antiseptique intestinal et gastrique.

Employé dans la blennorrhagie, soit senl, soit associé au cubèbe, au copahu, au santal, le salol à la dose de 4 grammes par jour, parfaitement toléré, a amené une amélioration manifeste de l'écoulement au douzième jour dans 24 cas sur 30 où il a été administré.

Comme antiseptique intestinal, dans la fièvre typhoïde, il est bien accepté des malades qni répugnent si souvent au naphtol et à l'iodoforme, et son action antiseptique s'exerce aussi bien sur l'intestin que sur l'appareil urinaire, en favorisant par là même l'élimination des substances extractives. Les craintes, qu'avait pn soulever son dédonblement dans l'intestin en acide phénique et en acide salicylique, sont sans fondement, et jamais aucun symptôme d'intoxication phéniquée n'a été signalé.

Enfin, M. E. Hirtz a retiré les meilleurs effets de son emploi dans la dilatation de l'estomac et dans les dyspepsies intestinales. Il a pu l'administrer ainsi pendant longtemps à la dose de 4 à 6 grammes par jour, associé ou non au bicarbonate de soude, sans aucun inconvénient pour les malades et sans avoir observé l'action antipeptique que Farannini lui avait attribuée.

Il semblerait résulter des recherches de M. Ed. Hirtz que, dans tous ces cas, le salol s'est montré supérieur au naphtol, qui, comme on le sait, n'est pas toujours bien toléré par l'estomac, et provoque parfois à haute dose des cystalgies et des hémorrhagies vésicales.

Mentionnons, en terminant, un petit fait qni peut avoir son intérêt. C'est qne, d'après les recherches de M. le pharmacien Lacroix, les urines des sujets, qui prennent du salol, donnent la réaction des urines glycosuriques. Il suffit de connaître cette particularité pour éviter une erreur d'appréciation.

H. Barbier.

## NOTES ET INFORMATIONS

— *Congrès français de chirurgie.* — Le comité permanent du Congrès français de chirurgie, a mis à l'ordre du jour de la 4e session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nervenx (la trépanation primitive dn crâne exceptée).

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

3° Des diverses espèces de suppuration examinées au point de vue bactériologique et clinique.

Le congrès s'ouvrira à Paris, sous la présidence de M. le professeur Gnyon, en avril 1891, semaine de Pâques.

*
**

— *Réunion de l'Association médicale britannique en* 1891. La cinquante-neuvième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Bournemouth du 28 au 31 juillet 1891.

***

— Le ministre de la guerre a décidé que désormais les infirmiers militaires seront choisis de préférence parmi les étudiants en pharmacie, et que, pendant leur séjour au régiment, ces jeunes gens recevront l'instruction spéciale aux brancardiers régimentaires.

***

— Une dépêche ministérielle a annoncé au maire de Toulouse la nomination du docteur Caubet au poste de doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville Quant au personnel enseignant, il sera nommé avant le premier examen de mars.

***

— La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 1er décembre.

Les cotisations sont reçues chez les secrétaires du Comité MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

## NOUVELLES

### Faculté de Médecine de Paris.

*Cours de clinique médicale* (*La Pitié*). Samedi et mardi à 9 h. 1/2 du matin. — M. le Professeur Jaccoud commencera le mardi 11 novembre.

*Cours de clinique médicale* (Hôtel-Dieu). Lundi et vendredi. — M. le Professeur G. Sée commencera le lundi 17 novembre.

*Cours de clinique chirurgicale* (hôpital Necker). Mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — M. le Professeur Le Dentu commencera le 11 novembre.

*Cours de clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). Mardi et samedi. — M. le Professeur Verneuil commencera le 11 novembre.

*Cours de clinique des maladies infantiles* (hôpital des Enfants-Malades). Mardi et samedi à 4 h. — M. le Professeur Grancher commencera le samedi 8 novembre.

*Cours de clinique des maladies des voies urinaires* (hôpital Necker). Mercredi et samedi à 9 h. 1/2. — M. le Professeur Guyon commencera le mercredi 12 novembre.

*Cliniques* (Maternité). Mardi, jeudi et samedi. — M. le Professeur Tarnier commencera le 11 novembre.

*Cours de clinique d'accouchements et de gynécologie* (clinique Baudelocque, à la Maternité). Mercredi, vendredi et lundi à 9 h. du matin. — M. le Professeur Pinard commencera le lundi 10 novembre.

*Cliniques des maladies syphilitiques* (Saint-Louis). Mardi et vendredi à 9 h. — M. le Professeur Fournier commencera le 14 novembre.

*Cliniques des maladies mentales* (Sainte-Anne). Jeudi et dimanche à 10 h. — M. le Professeur Ball commencera le 16 novembre.

*Cours de clinique ophtalmologique* (*Hôtel-Dieu*). Vendredi et lundi à 9 h. du matin. — M. le Professeur Panas commencera le lundi 10 novembre.

*Cours d'anatomie* (Grand Amphithéâtre). Mercredi, vendredi et lundi à 4 h. — M. le Professeur Farabeuf commencera le 10 novembre.

*Cours d'histologie* (Grand Amphithéâtre). Mardi, jeudi et samedi à 4 h. — M. le Professeur Mathias-Duval commencera le samedi 8 novembre.

*Cours de pathologie interne* (Grand Amphithéâtre). Samedi, mardi et jeudi à 4h. — M. le Professeur Dieulafoy commencera le jeudi 13 novembre.

*Conférences de pathologie interne* (Grand Amphithéâtre de l'École pratique). Mercredi, vendredi et lundi à 4 h. — M. Quinquaud, agrégé, commencera le lundi 10 novembre.

*Cours de pathologie chirurgicale* (Grand Amphithéâtre). Lundi, mercredi et vendredi à 3 h. — M. le Professeur Lannelongue commencera le mercredi 12 novembre.

*Cours de médecine opératoire* (Grand Amphithéâtre). Lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — M. le Professeur Tillaux commencera le 10 novembre.

*Cours de pathologie externe* (Petit Amphithéâtre). Mardi, jeudi et samedi à 5 h. — M. le Dr Tuffier, agrégé, commencera le 13 novembre.

*Leçons de physiologie* (Petit Amphithéâtre). Lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — M. le Dr Reynier, agrégé, commencera le 12 novembre.

*Conférences d'obstétrique* (Grand Amphithéâtre). Jendi, samedi et mardi à 5 h. — M. Maygrier, agrégé, commencera le mardi 11 novembre.

*Conférences d'anatomie pathologique* (Grand Amphithéâtre). Jeudi, samedi et mardi à 4 h. — M. Letulle, agrégé, commencera le mardi 11 novembre.

***

### Hopitaux et Hospices de Paris et des départements.

— *Hôpital des Enfants malades.* — Le Dr Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 19 novembre à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique.

— *Concours d'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.* — Un concours d'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Bordeaux, le 20 novembre prochain, et à Nancy, à Paris et à Montpellier, le 25 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier.

Les candidats devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau, avant le 10 novembre, en indiquant la région dans laquelle ils veulent subir le concours et en accompagnant ladite demande des pièces nécessaires.

***

### Corps de santé militaire.

— *Armée active.* — *Nominations et promotions.* — Ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

— *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — 1er tour (ancienneté). M. Pros-Maréchal, méd. aide-maj. de 1re cl. au 3e rég. de huss., en rempl. de M. Bertholon, démiss. — Désigné pour le 75e rég. d'inf.

2e tour (choix). M. Amiet, méd. aide-maj. de 1re cl. au 37e rég. d'art., en rempl. de M. Rhein, mis en non-activ. pour infirmités tempor. — Maintenu provisoir. à son poste actuel.

***

### Corps de santé de la marine.

— *Inauguration de l'Ecole de santé de la marine.* — L'inauguration solennelle de l'Ecole de santé de la marine a été faite le 5 novembre à deux heures, en présence de toutes les notabilités civiles et militaires de Bordeaux. L'amiral Ribell, préfet maritime de Rochefort, représentant le ministre de la marine, présidait. Tous les professeurs de la Faculté de médecine, des sciences, des lettres, de droit, et les notabilités du département y assistaient.

L'amiral Ribell a prononcé un discours dans lequel il a fait un tableau remarquable du rôle des médecins de marine, des devoirs du marin. Puis il a fait ressortir l'importance de la nouvelle Ecole

et a donné un souvenir d'admiration et de reconnaissance à celles des écoles des ports qui disparaissent aujourd'hui.

M. Beysselance, maire de Bordeaux, a pris ensuite la parole ; il a fait l'historique de la formation de la nouvelle École, raconté les luttes qu'eut à soutenir la ville pour l'avoir et souhaité la bienvenue aux professeurs et aux élèves.

Deux autres discours ont été prononcés par MM. Bérenger-Feraud et Brassac, directeur de la nouvelle École.

* * *

— *Policlinique de chirurgie des femmes* du Dr Berrut, 151, rue de Grenelle Saint-Germain, 151. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année, le jeudi : à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte ; à dix heures, consultation. — Première leçon, le jeudi 6 novembre 1890.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

*Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain*

**Manuel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre, dissection, technique microscopique, arthrologie, myologie, angéiologie, névrologie et découvertes anatomiques pour la préparation du deuxième examen,** par le professeur Paul Lefort. 1 vol in-18, 284 pages, cart............ 3 fr.

Il a paru utile de mettre à la disposition des étudiants en médecine une série d'*Aide-Mémoire*, qui comprendront les matières des cinq examens, et qui paraîtront successivement à bref délai.

Dans ces *Aide Mémoire*, l'auteur s'attache à passer en revue tout ce qui est afférent à un sujet donné, sans en rien omettre, de manière à ce que le candidat ne soit embarrassé par aucune question ; à mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il lui importe d'apprendre ou de revoir ; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis ; enfin à citer les noms des professeurs des diverses Facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite, de l'idée qui leur est personnelle.

DÉJA PARU :

**Aide-Mémoire d'histologie, d'anatomie et d'embryologie.**

**Aide-Mémoire de therapeutique, de matière médicale et de pharmacologie.**

**Aide-Memoire d'hygiene et de médecine légale.**

Prix de chaque volume, cartonné ............ 3 fr.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 26 OCTOBRE AU 1er NOVEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 170. - Autres tuberculoses, 25. - Tumeurs cancéreuses, et autres, 47. — Méningite, 22 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 39. — Bronchite aiguë et chronique, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 81. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres. 32. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 7. - Total 872.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).




## CLINIQUE CHIRURGICALE

*(Suite et fin)* (1).

### II. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE (2)

Leçon clinique de M. le Professeur Verneuil.

Les kystes hydatiques constituent une affection commune dont les indications thérapeutiques sont très intéressantes à étudier.

Deux méthodes sont en présence : celle de douceur et celle de violence. Laquelle faut-il choisir? Telle est la question qui se pose et que nous allons chercher à résoudre, car il n'y a pas de terrain qui se prête mieux à la discussion.

Je ne m'occuperai que des kystes hydatiques du foie, car sur 25 kystes de cette nature, 20 au moins siègent dans le foie et leur thérapeutique peut d'ailleurs s'appliquer aux kystes des autres régions avec quelques modifications. Je ne vous rappellerai pas l'histoire de ces kystes et ne vous décrirai pas les hydatides; ce serait marcher dans un sentier battu, mais je dois m'arrêter un instant sur les caractères anatomo-pathologiques du kyste hydatique. Qu'est-ce qu'un kyste hydatique au point de vue anatomique? C'est une cavité perdue au centre du parenchyme hépatique et plus ou moins enveloppé par lui. Il est composé d'une paroi propre, d'un contenu et d'une paroi accessoire produite par les organes au centre desquels le kyste s'est développé; il y a donc trois éléments anatomiques dont il faut tenir compte dans la thérapeutique, l'organe récepteur, la paroi du kyste, le contenu du kyste.

La différence avec les kystes ordinaires consiste, non point en une différence des trois éléments que l'on retrouve dans tous, mais dans ce fait que l'élément interne n'est point organisé dans ces derniers. Dans les kystes dermoïdes, par exemple, le contenu n'appartient plus à la vie; dans le kyste hydatique, le contenu est parasite.

Dans les kystes, la paroi est vasculaire et ce sont les vaisseaux de l'organe récepteur qui alimentent le kyste : il y a fusion étroite entre l'organe et le kyste, il y a continuité. Dans le kyste hydatique, la paroi est en rapport intime avec la paroi de l'organe récepteur; il y a étroite contiguité mais pas de continuité, en sorte qu'il existe là une adhérence dont certains procédés thérapeutiques peuvent entraîner la destruction spontanée; il se fait une disjonction entre le kyste locataire et le foie propriétaire comme cela a lieu entre le placenta et l'utérus.

Ce fait a une importance considérable : il faut extirper en entier le kyste ordinaire, c'est-à-dire extirper sa paroi en détruisant ses vaisseaux, soit en pratiquant l'extirpation totale, soit en provoquant la suppuration de la face interne du kyste.

Le traitement du kyste hydatique consistera au contraire à

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Clinique inédite du 20 mars 1889 recueillie par P. Thiéry, interne du service.

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

#### VELPEAU PEINT PAR LUI-MÊME.

Tous les médecins de notre génération ont connu l'éminent chirurgien de la Charité. Ils savent avec quelle ténacité jointe à une intelligence remarquable, l'enfant d'un pauvre maréchal ferrant a pu arriver à la fortune et atteindre les honneurs réservés aux illustrations de la médecine. Elève, médecin-journaliste, j'étais avec lui en d'excellentes relations, j'écoutais volontiers ses anecdotes et ses jeux de mots et je sais bien des détails de sa vie laborieuse, d'ailleurs bien connue et encore présente à la mémoire de tous.

Un document inédit que je tiens de mon excellent maître et ami Béclard, des lettres que j'ai recueillies çà et là, pourront je crois, intéresser nos lecteurs. Le document, autographe de Velpeau, est le récit du commencement de sa carrière depuis son enfance. S'il n'a pas été publié textuellement et en entier il a servi du moins à Béclard pour son éloge de Velpeau, et quelques-uns des détails qu'il contient sont connus des biographes; mais, tel qu'il est, il se lira, je n'en doute pas, avec plaisir.

A. D.

Velpeau écrivant à Trousseau, s'exprime ainsi :

« Alfred-Armand-Louis-Marie, né le 18 mai 1795, à Brêche, petit hameau d'une dizaine de maisons, au milieu des landes et des bois, à 8 lieues de Tours, 3 lieues de Château-du-Loir et 9 lieues de la Flèche.

« Dès ma plus tendre enfance, je manifestai beaucoup d'ardeur pour l'étude; à cinq ans, je savais lire *la lettre moulée*. J'étais enfant de chœur et répétiteur de *catéchisme*. Lors des grandes cérémonies, je répétais par cœur quelques évangiles, et ma mémoire étonnait tout le monde. J'eus le malheur de perdre mon curé, le seul homme de la commune qui fût capable de signer son nom. Dès lors, plus de leçons; si bien qu'au bout d'un an, mes petits camarades de classe avaient

provoquer la disjonction des organes simplement adjoints mais il faut que la paroi sorte en entier, aussi ne doit-on pas chercher nne cure palliative, mais nne cure radicale.

Les kystes du foie ont trois tendances distinctives : ils peuvent s'accroître indéfiniment, ils peuvent rester stationnaires; il peut y avoir guérison spontanée.

1° Ils peuvent s'accroître, car il y a là une colonie qui fait famille; la présence d'une ou de plusieurs hydatides mortes entraîne toujours ou presque toujours la mort des autres. Or, il est facile de distinguer les hydatides mortes, flasques, verdâtres, des hydatides vivantes, transparentes, arrondies.

Si le kyste prospère, il peut devenir énorme et, dans un cas qni m'est personnel, j'ai retiré 7 litres de liquide par la ponction.

Les rapports de proportion entre le liquide du kyste et ses habitants varient : si le kyste est uniloculaire il ne contient ordinairement que du liquide ou bien des hydatides en telle quantité qu'elle remplissent presque entièrement le kyste; dans un kyste solitaire les hydatides filles peuvent exister, mais elles sont ordinairement accollées à la paroi. Toutes les hydadides monoloculaires peuvent tendre à s'accroître.

2° S'il y a équilibration de la dépense et de l'acquit, le kyste ne progresse pas: ce cas est ordinairement le résultat de la mort des hydatides.

3° La guérison spontanée peut avoir lieu. Les hydatides mortes tiennent moins de place que lorsqu'elles sont vivantes et se flétrissent comme des ballons dégonflés. On trouve souvent dans les amphithéâtres ces bouillies blanchâtres qu'on a pu comparer à de la matière caséeuse, mais dans ces cas même la paroi-mère existe toujours.

Mais, outre cela, il peut y avoir une véritable cure radicale spontanée de ces kystes. J'ai observé, en effet, un malade qui rendait, en allant à la selle, des hydatides du volume d'un grain de raisin; la guérison peut donc survenir par évacuation dans le côlon ou l'estomac; l'ouverture dans la plèvre est grave.

J'ai observé un homme qui, porteur d'un kyste hydatique, fut renversé par une voiture et coutusionné; il se forma un abcès qui fut ouvert et il sortit par là une superbe poche hydatique.

Instruits de ces notions anatomo-pathologiques, nous sommes en mesure de pouvoir discuter les divers moyens thérapeutiques que l'on a proposés et que l'on doit employer. Mais plusieurs cas peuvent se présenter.

1° Le kyste est stationnaire : on peut attendre s'il ne provoque pas de troubles de voisinage.

2° Le kyste est en voie d'accroissement : il faut alors intervenir car il menace de se rompre et de s'ouvrir soit dans des cavités naturelles voisines, soit dans le parenchyme qui le loge.

Pour les kystes du foie, par exemple, il peut se produire des adhérences au diaphragme et consécutivement une ouverture dans la plèvre et ses graves conséquences. Nous avons à tenir compte aussi des qualités du liquide contenu, car il est tantôt clair et limpide comme de l'eau de roche (hydatides vivantes) d'autres fois il est trouble, puriforme bien qu'il ne contienne pas de globules de pus.

Le pronostic de cette rupture est variable et peut être grave ou bénin,

J'ai fait avec M. Kirmisson quelques expériences desquelles il résulte que l'on peut injecter impunément le liquide de ces kystes dans le péritoine, les veines, le tissu cellulaire s'il est transparent. Dans le cas contraire on observe des accidents graves ou mortels; on peut conclure qu'avant de mourir les hydatives doivent engendrer des ptomaïnes.

M. Achard a publié dans les *Archives de médecine* un intéressant travail sur le même sujet.

On peut considérer le péritoine comme une immense lacune lymphatique : si donc il y tombe une parcelle du liquide hydatique on voit apparaître ces accidents si curieux de l'urticaire avec son cortège symptomatique effrayant rappelant celui de l'empoisonnement par certains mollusques ou certains fruits, les moules ou les fraises, par exemple.

Si on tue les hydatides par des agents chimiques, si surtout on injecte un liquide antiseptique qui prévient l'inflammation, on aura fait une bonne thérapeutique.

M. Debove a plusieurs fois employé avec succès son procédé par le sublimé et dernièrement encore il a ainsi traité pour un kyste récidivé un de nos médecins les plus éminents.

On s'est proposé aussi de tuer les hydatides par des agents physiques et dans cet ordre d'idées Henrot, de Reims, a appliqué à ces kystes l'électrolyse; par ce procédé on tue bien les hydatides mais on risque de voir le kyste rester à l'état stationnaire.

---

oublié leur savoir. De mon côté, ne possédant qu'un livre d'évangile (non pas celui de Touquet) et la Vie de Jésus-Christ, étant obligé de travailler avec mes parents, qui ne savaient pas lire eux-mêmes, je me trouvai fort embarrassé. Cependant je tins bon; je passai et repassai mes deux volumes. En essayant d'imiter les caractères d'imprimerie, je parvins à pouvoir écrire quelques mots; dix années se passèrent ainsi.

« J'avais onze ans, lorsqu'un vieux maître d'école, ivrogne comme Bacchus, allant de commune en commune, pour 3 francs par mois, réunit à Brêche six écoliers et voulut nous apprendre à griffonner et à lire; mais j'en savais bien autant que lui. Il disparut bientôt et voilà de nouveau mes études interrompues. Deux ans plus tard, nous eûmes enfin, à demeure dans le village, un homme capable de déchiffrer, en épelant, quelques *contrats bien écrits*; j'appris de lui les règles de l'arithmétique et à barbouiller du papier. Me voilà donc le plus savant du bourg. « C'en est assez, me dit mon maître; je n'ai plus rien à te montrer ».

« Quoique livré aux travaux de la campagne, avec ma mère, je dus commencer à aider mon père, qui était maréchal, serrurier, taillandier, etc. Comme on le consultait souvent pour des bestiaux malades, quelqu'un lui procura Saleysel, vieux traité d'hippiatrique. Ce fut une bonne fortune pour moi. Je lus cet ouvrage plus de cent fois. Il me vint mal à la jambe, on m'acheta l'ouvrage de *Mme Fouquet*, la médecine des pauvres; je fis mille remèdes; je fus consulter des charlatans, des médecins. *Ramazzini, Colde Villars, Dodoneus, La maison rustique de Liébault*, celle de Ligier me tombèrent entre les mains; je me guéris au bout de deux ans.

« Mes goûts pour l'étude avaient considérablement augmenté. Au lieu de manger à table, je saisissais ma part du repas et j'allais me renfermer dans un cabinet pour lire en mangeant; ce qu'on appelle les veillées, je les passais à lire, ainsi que les dimanches et une partie de mes nuits; car autrement, il fallait travailler pour vivre. En même temps je faisais la médecine des hommes et des chevaux; les *onguents* et les *eaux* que j'avais essayés sur moi, réussirent sur beaucoup d'autres. Avec ma maison rustique, je *jardinais*, je *labourais*,

La simple ponction capillaire a quelque fois procuré la guérison apparente des plus remarquables.

A cet égard je puis vous citer l'observation d'une malade chez qui une première ponction évacuatrice a amené la guérison. Au bout d'un an et quelques mois la poche se reproduit; cette fois le liquide que retire une nouvelle ponction est trouble; quelques mois après, troisième ponction qui a pour résultat de retirer un liquide tout à fait trouble. La malade reste guérie pendant 4 ans. Au bout de ce temps, le kyste a reparu et la malade subit une 4e opération. Elle a fini je crois par mourir après avoir fait une pleurésie purulente.

La ponction simple est donc à mon avis dangereuse parce que, au moment où on retire le trocard, il peut tomber dans le péritoine quelques gouttes de liquide qui provoquent des accidents mortels; on doit par suite faire toujours la ponction évacuatrice et non la ponction exploratrice.

Les procédés de cure radicale sont absolument indiqués, mais à la condition qu'ils ne soient pas dangereux : la séduction des petits procédés est donc grande, mais, pour obtenir la *démocratisation* de la cure radicale, il faut proposer des procédés innocents, une chirurgie simple et à la portée de tous (1).

Etudions maintenant la cure radicale et voyons quelles sont ses exigences.

Elles se résument à trois points principaux : 1° évacuer le liquide, que les hydatides soient mortes ou vivantes.

2° Evacuer la poche.

3° Oblitérer la cavité que le kyste s'est creusée dans le parenchyme hépatique.

On peut traiter un kyste comme on traiterait un abcès; on peut employer encore le procédé dit de Récamier ou de Graves bien connu et dans lequel le temps préopératoire consiste à créer des adhérences à la paroi abdominale par les caustiques.

On a pu aussi ouvrir les kystes au bistouri et il est inutile d'insister sur la gravité d'une telle opération au commencement de ce siècle.

On a incisé couche par couche jusqu'à ce que l'opérateur put apercevoir le foie, quelques fois même on n'ouvrait pas le péritoine : à ce moment des applications locales de linge, de charpie, etc., provoquaient une péritonite localisée et créait des adhérences, ou bien on incisait d'emblée jusqu'au foie y compris le péritoine pariétal. Le but de tous ces procédés était de créer des adhérences des séreuses.

Mais à ce moment l'emploi du bistouri était dangereux et de ce danger naissait la méthode dite par les caustiques, bonne souvent mais qui peut échouer lorsque, par suite du siège du kyste, les adhérences créées à l'aveugle ne siègent pas au point voulu.

Pour éviter cet inconvénient, pour voir largement, on eut recours à la laparotomie avec suture du foie à la paroi abdominale; elle donne certainement de bons résultats mais c'est une opération grave, difficile et inaccessible à un grand nombre de petits praticiens.

J'ai eu recours alors à un procédé qui présente les avantages suivants :

1° Il crée des adhérences.

2° Il permet l'évacuation des hydatides.

3° Il favorise le détachement de la poche et l'issue de cette poche et permet par conséquent la cicatrisation.

Trop souvent on a voulu le confondre avec le procédé bien connu, dit de Boinet, et, s'il s'en rapproche par certains points, je lui ai fait subir quelques modifications qui tendent à l'en séparer nettement.

Boinet en effet ponctionnait avec un gros trocart métallique qu'il laissait en place; je supprime immédiatement ce trocart. Pour les divers temps de l'opération je me suis bien plutôt inspiré du procédé de Reybard pour la thoracentèse et voici comment j'opère :

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses étant prises, je ponctionne avec un gros trocart métallique au niveau du point saillant du kyste, je retire alors le mandrin et par le tube métallique resté en place j'introduis fortement une grosse sonde de caoutchouc rouge de même calibre, coupée ou non à son extrémité. Quelquefois même je choisis une

(1) M. Verneuil ne rejette nullement les procédés de grande chirurgie dans la cure des kystes hydatiques du foie : il a pratiqué plusieurs laparotomies dans ces conditions et a pu en observer d'excellents résultats : il lui est même arrivé d'être obligé de renoncer à l'opération du trocart par suite de la présence d'une masse compacte d'hydatides dont l'évacuation eût été impossible. M. Verneuil croit néanmoins que l'incision large du kyste doit être réservée pour les cas les plus graves et pense qu'on ne saurait en tout cas arguer de la durée des suites opératoires en faveur de ce procédé, la guérison étant souvent aussi longue à survenir après la laparotomie qu'après le procédé du trocart. Celui-ci a encore l'avantage d'être à la portée du plus humble des praticiens.

---

je *cultivais* la terre enfin, à ma manière, et j'acquis ainsi une assez grande réputation; si le médecin était appelé dans les environs, ses ordonnances m'étaient apportées et personne ne les exécutait avant que je les eusse approuvées.

« Je sentais toutefois que je ne savais rien, j'étais sombre. Mes parents en étaient attristés, quoique je fusse assez bon ouvrier. Un curé, passant un jour par Brèche, me parla de prêtrise et me fit avoir une grammaire française. La grammaire oui, le sacerdoce, non; je ne rêvais que médecine. J'en parlais toujours, je composais moi-même mes remèdes, je connaissais toutes les plantes du pays. On venait me chercher d'assez loin, mais que devenir? point d'études, point d'argent! L'aîné de cinq enfants, j'étais indispensable à la maison; parler de quitter mon père, c'eût été lui porter le coup de la mort. Il avait besoin de mes bras et de ce qu'il appelait mes talents. D'ailleurs il n'était pas en état de faire pour moi la moindre dépense.

« Vingt ans arrivèrent; je fais la cour on veut me marier, un petit incident a décidé de mon sort autrement. Je donnai à une folle de l'hellébore noir; des vomissements abondants eurent lieu; la folie ne céda point. On fut chercher le *grand médecin* qui, après avoir vu la malade, me manda près de lui : non, jamais homme n'a tant souffert; j'étais sur des charbons ardents, je me sentais coupable et n'avais pas la force de renoncer à ma médecine. Ce docteur, M. Bodin, de Saint-Paterne, avait entendu parler de moi comme d'un jeune homme prudent et passionné pour l'étude. Il me reprit avec douceur et me montra les dangers auxquels je m'exposais. Dès lors, plus de sommeil, plus de repos.

« Un ancien noble, M. Ducam! qui avait toujours protégé ma famille, demeurait à une lieue de là, j'allai m'ouvrir à lui. Il me fit entrevoir la possibilité de devenir *officier de santé*, me promit d'en parler à mon père, de me tâter d'abord, en me mettant sous la tutelle du précepteur de ses enfants. Une grammaire latine me fut accordée; en moins de 15 jours j'avais fait de tels progrès que tous ces gens criaient au miracle.

*(A suivre.)*

sonde un peu plus volumineuse que le trocart, et pour pouvoir l'introduire à travers le tube métallique, je la disteuds par un long mandrin de sonde à urèthre que l'on retire après que le tube creux du trocart a été lui-même supprimé. La sonde reprend alors sou volume et s'adapte exactement en se moulant sur le pourtour de l'orifice cutané et hépatique formé par le trocart.

On peut obturer à l'aide d'un fosset ou d'une pince à forcipressure le pavillon de la sonde: je préfère le garnir d'une baudruche et le faire plonger dans un flacon contenant une solution phéniquée. Par cette adaptation du procédé de Reybard pour la plèvre à la cure radicale des kystes hépatiques je rends impossible l'accès de l'air dans la poche et il n'y a plus qu'à fixer la soude sur la partie abdominale au moyeu de quelques fils de coton entrecroisés en x et d'un peu de collodiou. L'autisepsie de l'orifice cutané est assuré par de la gaze iodoformée.

Tel est le premier temps de l'opération qui supprime, on le voit, la création préopératoire des adhérences.

Par la soude ainsi mise en place et au niveau de laquelle vont maintenant seulement se former des adhérences, on pratique des injections intra-kystiques de liquides divers, alcool, iode, solution chlorurée. J'emploie aussi volontiers l'eau phéniquée à 1/100 et je répète parfois ces lavages deux fois par jour.

Au bout de quatre à cinq jours, les adhéreuces sont formées; on retire la soude et il s'écoule alors ordiuairement spoutanément, quelquefois à l'aide de quelque tractions avec une pince à forcipressure un flot d'hydatides flasques ou vivantes; on est parfois étonné du volume considérable des hydatides évacuées par cet orifice relativement étroit.

On remet la soude en place, on refait de nouvelles injections, puis on évacue encore et ainsi de suite jusqu'à guérison complète.

La poche revient sur elle-même et l'on voit alors s'engager par l'orifice que l'on a créé des lambeaux de la paroi, parfois la poche tout entière : en général la paroi peut être évacuée en deux ou trois séauces.

C'est donc une cicatrisation par 2e inteution que l'on recherche et, par ce procédé simple et facile, on obtient une guérison durable qui survient dans le délai d'un mois à six semaines.

## HYGIÈNE

### RECHERCHES SUR LA CONSERVATION DU CORPS HUMAIN PAR LES PROCÉDÉS GALVANOPLASTIQUES. (1)

Par G. VARIOT, médecin des hôpitaux.

*Suite et fin* (1).

La putréfaction est, en somme, le grand obstacle à la métallisation du corps humain; les échecs que nous avons eus en commençant notre travail, sont imputables à cette force coutre laquelle il est si difficile de lutter.

Ces précautions prises, il faut procéder aussi rapidement que possible; la métallisation initiale sera faite 48 heures, au plus, après la mort. Quant au dépôt galvanique, il doit être obteuu en six ou huit jours au plus. La rapidité d'exécution est une condition *sine qua non* du succès.

Lorsqu'on est parveuu à assurer la stabilité des diverses parties du cadavre, et à empêcher les déformations et les vous-sures qu'amène la putréfaction, toute la peau, enduite d'une mince couche d'argent, est comparable à la surface d'une statue de plâtre qu'on aurait rendue conductrice.

Sur la pièce organique, après son immersion dans le bain de sulfate de cuivre, le dépôt se fait avec régularité, sous l'influence du courant. Les molécules de métal viennent s'opposer en quelque sorte, sur la peau, formant une couche bientôt continue.

Les sources d'électricité doivent être réglées avec grand soin, dans la crainte que le dépôt de cuivre ne soit grenu et manque de cohérence. Les artistes en galvanoplastie connaissent bien toutes ces difficultés techniques.

Mais en même temps qu'il faudra veiller à ce que la qualité du dépôt soit satisfaisante, il faudra encore graduer sa quantité.

L'opération qui consiste à métalliser un cadavre entier a surtout pour but de le conserver, en le modelant extérieurement avec une couche de métal. On cherche à substituer à la peau qui est si altérable par la putréfaction, une écorce métallique qui se moule sur toutes les parties sous-jacentes; il faut donc que le moule surajouté qui sert à l'embaumement soit fidèle et rappelle exactement les détails de conformation et les traits de la physionomie du corps qui sera inclus dans l'enveloppe. Il sera donc indispensable de surveiller attentivement l'épaisseur du dépôt qui sera jeté sur le visage, sur les mains, sur toutes les parties plus délicates. Une couche de cuivre suffisamment mince, respectera non seulement les formes générales mais aussi les plus petites aspérités et les plus petites dépressions. Au contraire avec une couche épaisse les détails de la configuration seraient atténués, se fusionneraient, et il en résulterait un empâtement qui nuirait à la ressemblance générale.

Nous pensons qu'on pourra parer à ces graves inconvénients car la résistance et la ténacité du cuivre employé pour la métallisation sont très grandes, même lorsqu'on considère des lames minces.

Un bon dépôt de 1/2 à 3/4 de millimètre d'épaisseur offre une solidité suffisante pour résister au ploiement et aux divers chocs extérieurs.

Il faut avoir égard aussi à ce que l'enveloppe de cuivre qui recouvre la tête, le tronc, les membres, partout continue, présente peu de surfaces angulaires, mais forme plutôt des surfaces sphériques et cylindriques; or cette disposition accroît notablement la résistance de la cuirasse.

L'épaisseur de 1/2 à 3/4 de millimètre ne sera pas dépassée pour l'enveloppement métallique du visage et des mains qui seront ainsi rigoureusement moulés. Sur le tronc, l'abdomen, les premiers segments des membres, le cou, la conservation intégrale des formes plastiques est beaucoup moins importante.

Aussi, si on le juge utile, pour consolider la momie métallique, on atteindra une épaisseur de dépôt de 1 mill. à 1 mill. 1/2.

On pourra soustraire le visage et les mains à l'action du courant pour les réserver, et on les enduira, quand la couche de cuivre sera assez solide, avec un vernis isolant; on les épargnera, comme disent les galvanoplastes, pendant qu'on renforcera les parties du corps plus lourdes et plus massives.

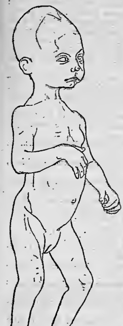
L'écorce métallique ainsi jetée à la surface de la peau est inaltérable, et le corps se trouve transformé en une véritable statue indestructible.

Après l'opération du cuivrage qui est essentielle, avons-nous besoin de faire remarquer que l'argenture et la dorure ne sont que des manœuvres d'une extrême simplicité.

Le jeune enfant métallisé que nous présentons actuellement n'est certes pas un type parfait de momie galvanisée, mais en

(1) Voir le numéro précédent.

examinant ce spécimen, on se fera une idée approchée des résultats auxquels on arriverait sans doute en utilisant les ressources des grands ateliers de galvanoplastie (1).



Nous devons nous demander quelles modifications la momie métallique pourra subir avec le temps. Il est bien évident que le moule de cuivre extérieur échappe absolument aux fermentations putrides ; si cette enveloppe s'altère, ce ne sera que par l'oxydation.

On doit prévoir également les actions mécaniques, les violences extérieures, les chocs qui pourraient endommager et même briser la mince lame de cuivre. Ces derniers accidents seront réparés par des soudures.

Que deviendra le cadavre lui-même dans son enveloppe de métal exactement juxtaposée sur la peau et hermétiquement close. La statue galvanique suffirait-elle, à elle seule, pour former le cercueil d'un corps humain préalablement injecté et embaumé? Il est plausible de le supposer, *a priori*, car le dépôt uniformément jeté sur la peau constitue par son ensemble une boîte fermée hermétiquement.

Le travail de la putréfaction, à supposer qu'il commençât malgré toutes les précautions prises, ne serait pas alimenté, et s'arrêterait bien vite probablement.

Mais cette hypothèse n'est que vraisemblable, et comme nous n'avons pas encore conservé de momie métallique pendant un long temps, nous ne voudrions pas affirmer que le dépôt galvanique dans ses points faibles résisterait à une forte pression intérieure des gaz putrides, s'ils se développaient en grande quantité.

Le moyen le plus simple qui s'est présenté à notre esprit pour rendre tout à fait imputrescible le cadavre métallisé, c'est de le dessécher à l'étuve. La momie serait perforée en diverses places pour faciliter l'issue des vapeurs, des gaz et des graisses pendant l'étuvage. Les trous d'échappement seraient obturés plus tard, par des soudures. Après un séjour de vingt-quatre heures dans une étuve chauffée à 100°, le corps serait desséché et stérilisé. La plupart, sinon la totalité, des germes putrides seraient détruits.

Une telle momie, préparée avec tant de soins, laissera bien peu à désirer au point de vue hygiénique. La lame de cuivre enveloppante ne risquera plus d'être fissurée sous l'influence de la pression des gaz intérieurs, et, si elle vient à être rompue en quelque place par un choc accidentel, aucune émanation délétère ne sera à redouter.

D'ailleurs nous croyons qu'on peut aller plus loin encore dans cette direction, et nous ne voyons aucun obstacle absolu à ce que l'incinération soit pratiquée à l'intérieur du moule.

La température de fusion du cuivre est de 1000°. Or, les matières organiques sont combustibles à des températures inférieures. Sur de petits lambeaux de peau bien métallisés, nous avons fait quelques essais et nous avons remarqué que le tissu dermique avait été réduit en cendres, sans que la qualité et la forme du dépôt de cuivre aient été altérées par la chaleur, nécessaire à la combustion de la substance organique.

Sans doute, si l'on voulait incinérer une momie métallique entière, l'opération deviendrait beaucoup plus compliquée ; il faudrait ménager des trous assez nombreux pour permettre l'échappement des produits de combustion. Nous avouons n'avoir pas encore résolu toutes les difficultés pratiques d'une incinération faite dans de semblables conditions ; néanmoins, d'après ce que nous avons dit plus haut, la combustion du cadavre ne saurait être regardée comme impossible : après son passage au feu, le moule galvanique bien fermé servirait d'urne funéraire.

Toutes les descriptions qui précèdent montrent, croyons-nous, l'utilité et les avantages de ce mode de conservation du corps humain. Il est établi que la galvanoplastie nous permet de conserver d'une manière indestructible les traits et les formes générales d'un homme mort.

On comprend si bien l'insuffisance des embaumements qu'on s'empresse de prendre le moule du visage des cadavres, d'en faire des reproductions photographiques. Le peintre, le graveur, le sculpteur se serviront de ces derniers documents ; car l'original va disparaître ou tout au moins s'altérer et devenir méconnaissable.

Au point de vue artistique, le moule fidèle et sincère jeté sur le visage par les procédés galvanoplastiques serait utilement consulté. L'artiste chargé d'animer, de vivifier les traits de l'homme dont on veut perpétuer la mémoire, se reporterait à la momie métallique comme à un modèle immuable.

La substitution d'une enveloppe métallique à la peau elle-même est de nature à diminuer l'horreur naturelle pour la mort ; le corps est présent mais masqué par un moule extérieur qui n'a rien de repoussant.

Nous sommes familiarisés avec les représensations de l'homme par le bronze, le marbre ; or rien ne ressemble plus à une statue qu'un cadavre métallisé.

Il est vraisemblable que ces moules métalliques pourraient être exposés dans les caveaux funéraires sans choquer les regards, sans impressionner aussi douloureusement que les momies desséchées.

Enfin, peut-être est-il des personnes qui envisagent la mort avec d'autant plus d'effroi qu'elle n'est que le prélude de la décomposition putride, de la désagrégation des diverses parties du corps. La perspective de la momification métallique aurait quelque chose de rassurant pour ces esprits timorés.

Mais à côté des avantages réels de la métallisation des cadavres, nous ne devons pas nous dissimuler les obstables sérieux et divers qui s'opposeront à ce que cette opération soit acceptée.

Nous avons déjà insisté sur le travail de la putréfaction et sur les moyens d'éviter les déformations du visage qui s'ensuivent. Mais il est des altérations qu'on ne saurait prévenir.

(1) La question de la métallisation du système pileux ne laisse pas que d'être embarrassante ; nous n'avons pas eu à nous en préoccuper sur notre enfant. Sur l'adulte, il faudrait probablement masser les poils avec un mastic, comme le font les sculpteurs avec l'argile, et les métalliser en bloc.

ce sont celles qui sont produites par la maladie qui a précédé la mort.

Dans nombre de maladies chroniques, la dénutrition progressive, l'émaciation dénaturent d'une manière plus ou moins marquée les traits de la physionomie. La métallisation d'un masque ainsi modifié, tout en étant une reproduction sincère, ne rappellera qu'imparfaitement la personne morte. — Inversement la bouffissure de la face, en rapport avec un travail de fluxion ou de transsudation, tels que l'érysipèle ou l'anasarque ne peut que donner un moule difforme. — Certaines varioles graves, en même temps qu'elles déterminent le gonflement des parties, s'accompagnent d'une pustulation généralisée qui reudrait impossible la métallisation initiale, sans immersion préalable du corps dans un bain antiseptique et durcissant.

Je me borne à citer ces faits pour esquisser les difficultés qui varieront à l'infini ....

Il est un obstacle d'un tout autre ordre, mais dont il y a lieu de tenir grand compte dans notre état social actuel :

Le corps des morts est entouré d'un respect profond. On ne veut pas que la dépouille mortelle d'un être chéri soit lacérée; de là, dans la haute classe, la rareté des autopsies et même des embaumements ordinaires. Ce respect des morts, qui va jusqu'au culte, est aussi ancien que le monde. On raconte que, dans les embaumements égyptiens, l'homme chargé de pratiquer l'incision de la fosse iliaque pour évacuer les viscères abdominaux était obligé de s'enfuir au plus vite, sa besogne faite, dans la crainte d'être lapidé par les parents et les amis du mort.

La métallisation du corps humain exige toute une série de manipulations un peu longues et compliquées, elle nécessite l'immersion du cadavre pendant plusieurs jours dans un bain de sulfate de cuivre. Négligeant d'envisager le résultat final, les personnes rétives aux innovations ne verront-elles pas dans ce travail préliminaire une sorte de profanation du corps?

Il est vrai que la crémation vient d'être adoptée à Paris sans grandes protestations. Mais la destruction du corps humain par l'incinération, restaurée à Paris, à Londres, à Milan, a pour elle une ancienne tradition. — On brûlait déjà les corps dans les civilisations qui ont précédé la nôtre.

La métallisation du corps humain, au contraire, n'a pu être tentée que récemment, puisque la galvanoplastie est un art tout moderne.

Le dernier obstacle, et non le moindre, que nous rencontrons est d'ordre législatif : les recherches que nous venons d'exposer ne pourront manifestement entrer dans le domaine pratique que si l'on modifie les règlements sur les inhumations et si l'on crée des officines spéciales dans les nécropoles.

A toutes les époques, la conservation du corps humain, des restes de ceux qui ne sont plus, a préoccupé l'humanité. La galvanoplastie nous offre de précieuses ressources pour satisfaire ce penchant, disons plus, cet instinct si respectable.

Nous espérons que notre travail, venant après ceux de Soyer et d'Oré, aura fait avancer de quelques pas cette question si intéressante, et que le temps est proche où la momification métallique entrera dans nos mœurs.

## REVUE DES JOURNAUX

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

I. — Statistique de 188 cas d'accouchement provoqué, par le Dr F. Ahlfeld. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 30, p. 529.)

II. — Grossesse et néoplasme, par le Dr M. Gordes, de Berlin. (*Ibidem*, n° 45, p. 813.)

I. — Dans la période qui s'est écoulée de 1871 à 1890, M. Ahlfeld a procédé 118 fois à l'accouchement provoqué, dont 103 fois à la clinique obstétricale de Marburg, dans la période qui s'étend de 1883 à 1890. Ce chiffre considérable trouve son explication dans ce fait que depuis longtemps le succès obtenu par le prédécesseur de M. Ahlfeld, le prof. Dohrn, dans la pratique de l'accouchement provoqué, attirait de très loin, à l'hôpital de Marburg, les femmes enceintes affectées d'un rétrécissement du bassin.

Dans 111 des 118 cas qui composent la statistique de M. Ahlfeld, l'accouchement prématuré a été provoqué pour cause de rétrécissement du bassin, les 7 autres fois en raison d'une maladie constatée chez la femme gravide.

Les variétés de rétrécissements du bassin, qui ont nécessité l'interruption de la grossesse, dans les 111 cas, se décomposent ainsi :

Rétrécissement généralisé du bassin, de forme plus ou moins pure, dans 26 cas ;

Rétrécissement généralisé du bassin, d'origine rachitique, dans 33 cas ;

Bassin rachitique, sans rétrécissement généralisé ou avec un rétrécissement généralisé très faible, dans 13 cas ;

Bassin ankylosé avec rétrécissement oblique, dans 4 cas.

Bassin avec luxation double, dans 2 cas ;

Bassin en forme d'entonnoir, dans 2 cas ;

Bassin ostéomalacique, dans 2 cas ;

Bassin spondylolysthésique, dans 2 cas ;

Dans 1 cas, le bassin se trouve désigné comme étant « rétréci », sans autre spécification ;

Dans 2 cas, le bassin était normal, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'un rétrécissement relatif.

Pour ce qui est du degré du rétrécissement, il est mentionné que :

Dans 10 cas le diamètre antéro-postérieur mesurait moins de 7 centimètres;

Dans 57 cas, le diamètre antéro-postérieur mesurait entre 7 et 8,5, centimètres ;

Dans 25 cas, le diamètre antéro-postérieur mesurait entre 8,5 et 9,75 centimètres.

Le nombre des enfants mis au monde a été de 121, c'est-à-dire qu'il y a eu 3 cas de grossesse gémellaire.

De ces 121 enfants, 102, c'est-à-dire 84,30 0/0, sont venus au monde vivants ; les 19 autres étaient mort-nés ; 18 sont morts dans le cours des vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement, et 9 avant la sortie de la mère de l'hôpital (10-12 jours.). En somme, 75 enfants, c'est-à-dire 62 0/0 du nombre total, étaient encore en vie, au moment de la sortie de l'hôpital.

En ne tenant compte que des cas où l'accouchement provoqué a été commandé par un rétrécissement du bassin, les résultats se présentent un peu différemment. C'est-à-dire que :

86 enfants sur 101 sont nés vivants.

15 enfants sur 101 étaient mort-nés.

61 enfants sur 101 étaient vivants, au moment de la sortie de l'hôpital.

Sur 10 enfants mis au monde par des femmes dont le diamètre antéro-postérieur mesurait moins de 7 centimètres, aucun n'a réchappé.

Les cas avec diamètre antéro-postérieur compris entre 7 et 8,5 centimètres, ont donné 38 enfants vivants (au moment de la sortie) sur 57 naissances.

Les cas avec diamètre antéro-postérieur compris entre 8,5

et 9,75 centimètres, ont donné 21 enfants vivants (au moment de la sortie) sur 25 naissances.

Le poids moyen des 111 enfants a été de 2.677 grammes, la longueur moyenne a été de 48 centim. 3.

Le poids moyen de 105 enfants mis au monde par des femmes à bassin rétréci a été, par contre, de 2.743 grammes, et la longueur moyenne de 47,5 centimètres.

Une seule femme est morte des suites de l'accouchement provoqué, c'est-à-dire des suites des contusions produites par une tête trop volumineuse, dans un bassin atypique.

Quatre autres femmes sont mortes d'accidents qui avaient nécessité l'accouchement prématuré (éclampsie), ou de complications accidentelles (tuberculose, lésion cardiaque).

La température a été relevée régulièrement dans 109 cas; 75 fois les suites de couches ont été apyrétiques; 34 femmes ont eu de la fièvre pendant plus ou moins longtemps. Finalement 87 de ces femmes ont quitté l'hôpital en bonne santé, avant le douzième jour.

D'une façon générale on s'est servi, pour provoquer l'accouchement, de la méthode de Krause : introduction d'une bougie flexible, précédée ou non de manœuvres préparatoires. Ces manœuvres, qui ont suffi quelquefois à produire le résultat voulu, ont consisté dans l'introduction d'un colpeurynter, ou dans le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée, ou dans l'introduction de gaze iodoformée dans le col (sans succès), ou dans l'introduction d'une tige de laminaire, ou dans l'emploi de la douche ascendante ou des douches alternantes.

Quand, après emploi de la méthode de Krause, les contractions utérines se montraient torpides, on avait recours à une des manœuvres suivantes : détachement du segment inférieur de l'œuf; introduction du tampon de Tarnier; rupture des membranes, après dilatation du col; bain entier avec diaphorèse consécutive; version suivant le procédé de Braxton Hicks.

Entre autres complications, on a noté trois fois des hémorrhagies abondantes, qui ont nécessité un tamponnement immédiat, puis, de la fièvre avant la naissance et ce fut là la complication la plus fréquente (20 fois sur 109 cas). Deux fois seulement la fièvre a éclaté avant la rupture des membranes. A plusieurs reprises, des lavages des organes génitaux internes ont suffi pour ramener la température corporelle à son niveau physiologique. Quand la fièvre persistait, malgré les lavages antiseptiques, la vie de l'enfant était en péril. En général, l'apparition de la fièvre coïncidait avec une accélération du travail.

Voici maintenant les conclusions que l'auteur tire de se observations :

1° Malgré l'amélioration des résultats fournis par l'opération césarienne, l'accouchement provoqué reste le procédé de choix, parmi ceux qui visent la conservation de l'enfant, dans les cas de rétrécissement du bassin.

2° Le procédé de Krause est applicable même dans la clientèle privée, mais alors il donne moins de chances de succès que lorsqu'il est employé dans une maternité.

3° Il faut recourir à l'accouchement provoqué à une époque aussi rapprochée que possible du terme de la grossesse.

4° La limite inférieure du rétrécissement du bassin, conciliable avec la pratique de l'accouchement provoqué, est fixée par une longueur de 7 centimètres du diamètre antéro-postérieur.

5° L'accouchement provoqué doit, dans sa marche, se rapprocher autant que possible d'un accouchement naturel.

II. Dans une publication spéciale qu'a fait paraître la Société obstétricale de Berlin, à l'occasion du récent congrès international de médecine, le professeur Martin a consigné une intéressante statistique comprenant 16 cas de tumeurs opérées chez des femmes en état de gestation. Voici l'énumération succincte de ces faits :

1° Chez une femme de 39 ans, enceinte de trois mois, on enlève une tumeur ovarique du côté gauche. La marche de la grossesse n'a pas été troublée ; la femme a guéri.

2° Chez une femme de 22 ans, au deuxième mois d'une grossesse, l'extirpation d'une tumeur ovarique n'a pas eu davantage un retentissement fâcheux sur la gestation. Guérison.

3° Femme de 27 ans, enceinte de 2 ou 3 mois, affectée d'un double kyste de l'ovaire. Avortement imminent. On pratique une ovariosalpingite double. La femme guérit, la grossesse a suivi son cours.

4° Une primipare, âgée de 29 ans, au sixième mois d'une grossesse, subit l'opération césarienne. Deux mois et demi plus tard, résolution de la tumeur.

5° Chez une femme âgée de 41 ans, en état de grossesse, on pratique l'énucléation d'un myôme de l'utérus; avortement.

6° Chez une primipare âgée de 43 ans, on extirpe, au quatrième mois de la grossesse, un myôme sous-séreux, bien pédiculé. Six mois plus tard, la femme accouche sans encombre; il fallut toutefois procéder à l'extraction manuelle du délivre.

7° Chez une femme âgée de 37 ans, au cinquième mois d'une grossesse, on procède à l'énucléation d'un myôme sous-séreux. Trois jours après, la femme avorte, et elle succombe le quatrième jour.

8° Femme de 40 ans, au quatrième mois de sa première grossesse, affectée d'un myôme sous-séreux et d'un autre intra-pariétal; on procède à l'énucléation des deux tumeurs, sans ouvrir la cavité utérine. Quatre jours après, la femme avortait et succombait ensuite dans le collapsus.

9° Femme âgée de 36 ans, au troisième mois d'une grossesse, affectée d'un myôme sous-séreux et d'un autre logé dans la paroi antérieure de l'utérus. On procède à l'énucléation des deux tumeurs. La femme avorte, mais guérit finalement.

10° Femme âgée de 34 ans, au sixième mois d'une grossesse; le fœtus ne donnait plus signe de vie depuis quatre mois. On constatait l'existence d'un myôme de l'utérus. Amputation supra-vaginale de l'utérus; péritonite hémorrhagique; mort.

11° Femme âgée de 40 ans, au troisième ou quatrième mois d'une grossesse, affectée d'un myôme interstitiel de l'utérus. On pratique l'amputation supra-vaginale de l'utérus; mort.

12° Femme âgée de 37 ans, au deuxième mois d'une seconde grossesse, affectée de myômes intra-pariétaux. Après une laparotomie, on extirpe les tumeurs ainsi que les annexes de l'utérus ; guérison.

13° Chez une femme de 38 ans, enceinte de quatre mois, on extirpe une tumeur de l'ovaire droit. Plus tard la femme avorte; amélioration de l'état antérieur.

14° Chez une femme âgée de 27 ans, au 5°-6° mois d'une grossesse, l'incision d'un abcès intra-ligamenteux n'exerce aucune influence préjudiciable sur la marche ultérieure de la grossesse.

15° Chez une femme âgée de 28 ans, qui avait subi précédemment l'extirpation d'un kyste de l'ovaire, on constata au 3°-4° mois d'une grossesse, la présence d'une tumeur intra-ligamenteuse du volume d'une tête d'enfant, adhérente à l'utérus. On extirpa la tumeur en même temps que la matrice. Les choses ont pris une tournure très favorable.

16° Chez une femme de 22 ans, au 3°-4° mois d'une grossesse, et qui était affectée d'une hydronéphrose, on a enlevé le rein droit. La femme a guéri.

En somme, sur l'ensemble de ces 16 cas, il s'en trouve 7 où,

après une opération de chirurgie abdominale, pratiquée pendant la grossesse, celle-ci n'a pas été troublée; dans d'autres cas l'intervention chirurgicale a été suivie d'un avortement; 5 fois on a interrompu la marche de la grossesse, à savoir; une fois en pratiquant l'opération césarienne, et les quatre autres fois en amputant l'utérus.

(*A suivre.*)

E. RICKLIN.

## BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE GYNÉCOLOGIE, par M. S. POZZI.

On parle souvent des progrès que les sciences médicales ont réalisés dans ce dernier quart de siècle : mais nulle part ce perfectionnement de nos connaissances n'est plus visible que dans le domaine de la gynécologie. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer les résultats de la pratique d'aujourd'hui avec celle d'il y a vingt ans : quelle différence dans les procédés thérapeutiques, et aussi quelle amélioration dans les résultats ! Pourtant la pathologie utérine avait été déjà illustrée par les travaux de maîtres éminents, véritables initiateurs, au nombre desquels nous relevons pour notre pays des noms justement estimés: Huguier, Nonat, Bernutz et Goupil, Aran, Courty, etc. Mais les notions que ces maîtres nous ont transmises sont devenues insuffisantes et la génération actuelle ne saurait s'en contenter. Le fait le plus saillant dans l'évolution remarquable qui s'est accomplie de ce côté, c'est l'immixtion de plus en plus marquée de la chirurgie sur un terrain qui fut longtemps considéré comme du ressort exclusif de la médecine. Cette tendance qui s'affirme nettement chez nous est depuis longtemps passée à l'état de fait accompli chez nos voisins : on peut même dire que, dans cette voie, la France s'est laissé légèrement dépasser. Il faut en rechercher l'origine dans le perfectionnement des procédés de diagnostic et surtout dans la vulgarisation des principes de l'antisepsie, qui, bien comprise et appliquée, pouvait seule assurer la hardiesse opératoire et la complète sécurité des résultats. C'est grâce à elle que les chirurgiens ont pu de nos jours s'engager résolument dans une voie considérée longtemps comme fermée et renouveler ainsi à leur profit une branche de la thérapeutique où l'expectation avait été longtemps le précepte dominant. Il y a là une sorte de dépossession légitime à laquelle on ne peut opposer aucune objection valable, car elle trouve sa meilleure justification dans les succès dont nous sommes témoins chaque jour. Aussi peut-on dire que, de plus en plus, la gynécologie tend à devenir une dépendance et pour ainsi dire une annexe de la chirurgie.

M. Pozzi est au premier rang parmi les adeptes de la nouvelle école et le livre qu'il vient de publier marque bien la tendance à laquelle nous venons de faire allusion. Il faut lire ce volumineux traité de plus de 1,100 pages pour se faire une idée de tous les progrès accomplis dans la connaissance des affections utérines, et des ressources dont l'art dispose maintenant pour intervenir utilement dans cet ordre de faits. Toutes les questions y ont trouvé place et le développement donné à chacune est tel que, dans une analyse forcément restreinte, on ne peut en donner une idée même approximative. D'abord l'auteur, par une sorte de filiation logique, a consacré un chapitre préliminaire à l'étude du rôle et des procédés de l'antisepsie en gynécologie, à celle des moyens de réunion et l'hémostase, et enfin à l'exposé des règles qui doivent guider dans la pratique de l'anesthésie. Un chapitre non moins important est celui qui a trait à l'exploration gynécologique ; on y trouve la description exacte et minutieuse des procédés et appareils grâce auxquels cette exploration est devenue un moyen d'information extrêmement important, et bien plus sûr dans ses résultats que par le passé. Puis, l'étude des métrites ouvre la série des paragraphes consacrés à la pathologie proprement dite. M. Pozzi a donné à cette partie de son livre l'extension que comporte la transformation profonde de nos connaissances sur un sujet souvent abordé, discuté et que l'intervention des chirurgiens devait un jour faire sortir de l'ornière où une timidité thérapeutique excessive l'avait trop longtemps maintenu. On y trouve nettement formulée l'affirmation de l'origine infectieuse et microbienne des diverses variétés d'inflammations utérines : conception d'ailleurs conforme aux enseignements de la pathologie contemporaine et qui s'applique à bien d'autres affections de l'appareil utéro-ovarien. Parmi ces variétés, il en est une particulièrement intéressante pour les chirurgiens, celle des *endométrites*; on ne peut s'étonner que, vis-à-vis de celles-là, M. Pozzi se montre partisan résolu du curettage comme moyen général de traitement, de préférence à la méthode des cautérisations, plus aveugle, sinon plus brutale, car cette opinion est celle de la majorité des gynécologistes et, après la phase de discussion qu'elle a soulevée, on peut croire qu'elle est appelée à triompher définitivement. De fait, le curettage est entré maintenant dans la pratique courante, en France aussi bien qu'à l'étranger.

Les questions d'étiologie si importantes quand il s'agit d'expliquer l'origine des métrites, ne le sont pas moins vis-à-vis de cette classe d'affections longtemps méconnues que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'ovaro-salpingites. Ici encore, la notion d'infection semble dominer la pathogénie et M. Pozzi lui donne franchement son adhésion.

La plupart de ces inflammations de l'ovaire et de la trompe sont pour lui le résultat d'une infection propagée par les voies génitales, c'est-à-dire d'une contamination d'origine extérieure. Toujours est-il qu'elles jouent un rôle considérable dans la pathologie de la femme, rôle longtemps méconnu, si l'on en juge par les travaux des anciens auteurs où il en est à peine fait mention : à ce titre, elles devront prendre place désormais au premier rang dans tous les traités de gynécologie et c'est pourquoi M. Pozzi leur a consacré un des plus importants paragraphes de son excellent livre. Citons, après l'étude des salpingites, celle des néoplasmes utérins, avec l'exposé des méthodes opératoires nouvelles qui permettent d'intervenir de bonne heure et avec plus de fruit qu'à l'époque déjà lointaine de la timidité chirurgicale ; celle des déviations utérines et des moyens propres à y remédier. Nous pourrions encore signaler, comme dignes d'une méditation approfondie, l'examen et la critique des théories proposées pour expliquer les hématocèles abdominales de la femme ; le chapitre de la tuberculose génitale, cette grande question à laquelle se rattachent divers points de doctrine et d'étiologie non encore élucidés à l'heure présente. Toutes ces parties du livre de M. Pozzi expriment avec la plus grande fidélité l'état actuel de la science, ainsi qu'en témoignent le nombre, la variété et la précision des renseignements bibliographiques incorporés au cours du texte et qui ont été puisés à leur source même, pour surcroît de garantie.

Après avoir essayé ainsi de donner une idée générale et certainement incomplète du fond de l'ouvrage, il nous reste encore à en louer la forme extérieure, caractérisée par le soin de l'exécution typographique, le luxe et la perfection des dessins que l'on trouve pour ainsi dire à chaque page, facilitant puissamment la lecture du texte. Ce sont là des qualités très appréciables et qui contribueront pour leur part à assurer le

succès du nouveau traité auprès de tous les médecins, même de ceux qui n'ont pas fait de la gynécologie l'objet de leur pratique spéciale. Presque tous les livres publiés antérieurement sur le même sujet ont vieilli, bon nombre d'entre eux n'auront bientôt plus qu'un intérêt purement historique : celui de M. Pozzi offre l'immense avantage d'être parfaitement au courant de toutes les acquisitions réalisées. On ne pourrait donc trouver aujourd'hui un meilleur guide pour comprendre et apprécier la valeur des réformes que les travaux de ces dernières années ont introduites dans nos connaissances relatives à la pathologie utérine.

P. MENSELIER.

## REVUE DES THÈSES

### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE, par ATHANASSIO. (Thèse de Paris 1890.)

L'hystérie, contrairement aux opinions qui ont eu cours jusqu'à ces temps derniers, donne souvent lieu à des troubles trophiques du côté de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des systèmes articulaire, osseux, fibro-séreux. Ce sont ces troubles trophiques que, dans une thèse volumineuse et très intéressante, M. Athanassio a décrits d'une façon claire et précise, et il rapporte un grand nombre d'observations. Du côté de la peau, ces troubles consistent en érythèmes de courte durée survenant le plus souvent à la suite d'émotions vives, en urticaire, en prurigo qui peuvent être produits par suggestion, en eczéma survenant à la suite d'un traumatisme ou d'une irritation des nerfs cutanés, en taches pigmentaires, vitiligo, zonas et éruptions papuleuses et lichénoïdes.

Des troubles trophiques d'origine hystérique peuvent aussi se produire du côté des tissus annexes du système cutané : cheveux, poils, ongles. Des ecchymoses spontanées peuvent survenir, chez les hystériques, sur les diverses parties du corps, sous l'influence d'émotions. Ce n'est pas seulement sous la peau que se produisent ces hémorrhagies, on connaît de nombreux cas de sueurs de sang parfois abondantes, d'origine émotive. L'auteur fait entrer, dans ces hématidroses hystériques, les sueurs de sang complémentaires des règles, observées chez certaines femmes; elles ont pour siège les glandes sudoripares et elles paraissent être une modification de l'attaque de nerfs. Les pleurs de sang, les hémorrhagies hystériques coexistent avec des troubles menstruels; elles ont encore lieu sous la forme d'hématémèses, d'hémoptysies.

Les troubles vaso-moteurs sont très fréquents dans l'hystérie, ils se manifestent soit sous forme de refroidissement aux membres inférieurs, soit de syncope locale des extrémités, soit de paralysie vaso-motrice (femme autographique de Dujardin-Beaumetz).

Des sueurs profuses abondantes ont parfois lieu chez les hystériques, et peuvent alterner avec des crises nerveuses.

Un long chapitre est consacré à l'œdème hystérique, dénommé par M. Charcot : « Œdème bleu des hystériques ». Cet œdème est dur, s'accompagne d'hypothermie, parfois de couleur violacée, variant suivant les émotions, augmentant, diminuant, pouvant même disparaître brusquement, se superposant à une paralysie ou à une contracture, habituellement localisée à une des extrémités et s'accompagnant de troubles de la sensibilité. A l'œdème se rattache le gonflement douloureux du sein.

Du côté des articulations, on peut, chez les hystériques observer des craquements non-douloureux, des rétraction fibro-tendineuses.

L'attention a été appelée ces temps derniers, par l'Ecole de la Salpêtrière, sur l'atrophie musculaire d'origine hystérique, atrophie se produisant dans les membres paralysés ou contracturés, et ne s'accompagnant, en règle générale, ni de secousses fibrillaires, ni de troubles de la contraction idio-musculaire, ni de modifications qualitatives de l'excitabilité électrique, et guérissant rapidement.

DE LA PSEUDO-ANGINE DE POITRINE (*hystérique*) CHEZ LES CARDIAQUES, par N. ALBOT. (Thèse de Paris, 1890.)

L'angine de poitrine, dans les affections cardiaques, peut exister en tant que manifestation de l'hystérie. La symptomatologie de cette pseudo-angine de poitrine affecte les mêmes traits que l'angine de poitrine vraie, organique. Elle en diffère en ce que : elle survient à tout âge, surtout pendant la jeunesse et l'adolescence; elle prédomine dans le sexe féminin, elle débute souvent par un aura; les irradiations douloureuses ne suivent aucun trajet nerveux déterminé, la dyspnée est causée par la sensation de boule ou de constriction à la gorge. La pseudo-angine de poitrine apparaît surtout sous l'influence d'émotions ou de causes insignifiantes; les accès en sont spontanés, périodiques, sujets à répétition, d'une durée plus longue que les crises d'angine de poitrine vraie, et se terminent souvent par une crise de larmes, par des éructations ou d'autres phénomènes nerveux. La recherche des stigmates hystériques permettra d'affirmer le diagnostic. Les sujets étant cardiaques, c'est vers le cœur, *locus minoris resistentiæ*, que se localise l'hystérie. Si la pseudo-angine de poitrine hystérique guérit souvent spontanément, le pronostic n'en est pourtant pas très favorable, car les crises surviennent surtout à l'époque de non compensation de l'affection cardiaque, coexistence qui assombrit le pronostic. Les opiacés et les antispasmodiques formeront la base du traitem ent, l'application d'aimants donne souvent d'excellents résultats.

F. DÉLÉAGE.

## BULLETIN

LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — LE VACCIN DE LA TUBERCULOSE. — TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE. — LA LOI SUR LES UNIVERSITÉS. — RÉUNION DES DÉLÉGUÉS DES ÉCOLES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — L'IMPÔT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

La discussion sur la dépopulation de la France qui est déjà depuis quelque temps à l'ordre du jour de l'Académie de médecine, et que nous n'avons pu suivre personnellement jusqu'à présent, soulève des questions fort complexes et d'ordre très divers, dont toutes ne sauraient être de la compétence de la savante compagnie.

Le mouvement d'une population est exprimé par le rapport de deux termes : *natalité, mortalité*. Pour modifier ce rapport on peut agir sur les deux termes, ou sur l'un deux seulement. C'est ainsi qu'on peut arriver au même résultat en accroissant la natalité ou en diminuant dans la même proportion la mortalité.

*Accroître la natalité* paraît être le premier but à atteindre si l'on compare le chiffre proportionnel des naissances en France et dans certains pays voisins, mais c'est aussi, dans la pratique, le problème le plus difficile à résoudre ; il ne s'agit de rien moins, en effet, que de modifier notre législation et

nos mœurs; or, de pareilles réformes ne sont pas l'œuvre d'un jour, et législateurs, économistes, moralistes, peuvent discuter t-nt à lenr aise : pendant de longues et de longues années, lenrs dissertations sont fatalement condamnées à demeurer purement platoniques. L'Académie de médecine ne saurait entrer dans cette voie.

*Diminuer la mortalité* est une partie du problème plus accessible aux moyens dont nons ponvons disposer; c'est l'œuvre des médecins, des hygiénistes, de ceux qni détiennent les pouvoirs et savent s'inspirer des enseignements de l'hygiène; c'est aussi le terrain snr lequel l'Académie doit se placer; ici sa compétence éclate, son autorité s'affirme, et les conclusions qn'elle votera ne peuvent qn'exercer une salutaire influence sur les décisions des pouvoirs publics, entre autres sur la confection de la loi sanitaire actuellement à l'étude.

Déjà tout le monde est d'accord pour demander une application plns rigoureuse et plus étendne de la loi Roussel relative à la protection de l'enfance. En hygiène, plus qu'en tout autre chose, il ne suffit pas de faire des lois, il faut encore et surtont en surveiller l'exécution.

M. Brouardel, dans la dernière séance, a montré, par des chiffres éloquents, qu'il est possible d'épargner la vie de 30.000 Français qui succombent annnellement à la variole et à la fièvre typhoïde, et les moyens prophylactiques qu'il indique sont d'une application facile; ils dépendent simplement de la sanction des pouvoirs publics. Or, cette épargne annuelle de 30 000 existences ne tardera pas à avoir une influence notable sur le mouvement de la population. C'est donc sur les mesures de cet ordre qu'il faut insister, et c'est à les faire prévaloir que l'Académie doit employer la légitime autorité dont elle jouit.

— Il va sans dire que ce n'est pas seulement contre la mortalité infantile ni contre celle qu'entraînent quelques maladies infectieuses, que la croisade actuelle doit être menée. Elle doit s'étendre à toutes les causes capables d'abréger la vie humaine, elle doit viser au triomphe des lois générales de l'hygiène. Si les espérances que font concevoir les récentes recherches de M. Koch sur le vaccin de la tuberculose se réalisent, la découverte du professeur allemand, préparée d'ailleurs par celles de M. Pasteur et de ses élèves, fournira un appoint considérable à ce progrès. La tuberculose, en effet, est le plus grand fléau de l'humanité, celui qui prélève la dîme mortuaire à la fois la plus constante et la plus élevée. Du jour où on pourra la combattre victorieusement et mieux encore prévenir son développement, la mortalité générale baissera d'un chiffre considérable. On comprend que les résultats annoncés d'ontre-Rhin sont attendus par tout le monde savant avec une grande impatience. Nous nons efforcerons d'être des premiers à les faire connaître de nos lecteurs.

— Les lois et règlements d'hygiène ont pour bnt de diminuer à la fois la mortalité et la morbidité. Au point de vue de la morbidité, une thérapentique rationnelle vient en aide à l'hygiène. Notre excellent confrère, M. Abadie, va nons en fournir un exemple.

La conjonctivite granuleuse ne présente pas, dans notre climat, la fréquence et la gravité qu'elle offre dans certaines régions, comme l'Égypte et l'Algérie, où elle engendre le plus grand nombre des cas de cécité. Cependant elle se rencontre encore assez souvent dans les classes indigentes et emprunte aux mauvaises conditions hygiéniqnes des malades des caractères de ténacité qui font parfois le désespoir des ophthalmologistes: caustiques, antiseptiques, scarifications, reconstituants généraux, etc., restent également impnissants et les malades, pendant des mois, pendant des années, assiègent les cliniques spéciales. Dans une intéressante communication faite à la Société de médecine de Paris, M. Abadie a fait connaître la raison principale de ce fréqnent échec, en même temps que le moyen de le prévenir et de rendre l'intervention de la thérapeutique promptement efficace.

Il est reconnu aujourd'hui que la conjonctivite granuleuse est d'origine on de nature microbienne. Le bacille qui lui donne naissance se cantonne dans le sinus conjonctival et produit là, dans les tissus au sein desquels il se développe et pullule, des désordres analogues à ceux qn'engendre le bacille de la tuberculose dans le tissu cutané atteint de lupus. Le traitement par les scarifications et les antiseptiques convient à l'nne et l'antre affection et si, jusqu'à présent, ce traitement s'est montré sonvent inefficace dans la conjonctivite granuleuse, c'est qu'on n'agissait pas suffisamment sur le point même où se concentrent les bacilles. On avait, en effet, pour habitude de relever la paupière supérieure en luxant le cartilage tarse et d'agir sur la muqueuse ainsi mise à découvert. Mais on n'arrivait pas, ou l'on arrivait incomplètement jusqu'au fond du sinus conjonctival; or, c'est là précisément, comme nous le disions plns haut, que se cantonnent les bacilles. M. Abadie, suivant pour cette partie de l'opération, une pratique déjà usitée dans les cliniques allemandes, saisit avec des pinces la paupière déjà relevée comme il vient d'être dit, et la replie une seconde fois sur elle-même, de manière à découvrir et à faire ressortir le cul-de-sac conjonctival. Il fait ensuite sur la muqueuse des scarifications profondes et, au moyen d'une brosse à dents très dure et trempée dans une solution de sublimé, il frotte vigoureusement, sans craindre l'écoulement de sang qui en résulte. L'opération est assez douloureuse pour exiger la chloroformisation préalable. Mais le résultat est excellent, et notre confrère obtient en deux ou trois semaines des cures radicales là où il mettait deux ans à obtenir des améliorations relatives. Aussi, satisfait de son procédé, se propose-t-il, dans un but philanthropique, d'aller le faire connaître et le répandre parmi les médecins d'Algérie.

— Nous nous proposions de parler aujourd'hui du projet de loi relatif à la constitution des Universités, mais nous ne saurions le faire d'une manière incidente, et ce sera l'objet d'un prochain bulletin. Nous nons bornerons à signaler l'une des conséquences de ce projet et l'opposition que, à ce point de vue, il a déjà soulevée.

La création de Facultés nouvelles de médecine a déjà porté un coup considérable à la prospérité des Ecoles secondaires. Au mois d'août dernier, les professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ont exprimé leurs doléances et formulé un contre projet à l'extension des Facultés dans une lettre adressé à aux représentants des départements de la circonscription académique et médicale de Clermont, dont ils sollicitaient l'appui au sein du parlement. L'institution de centres universitaires, en assurant et favorisant l'œuvre des Facultés nonvellement créées, portera le coup de grâce à bon nombre d'Ecoles secondaires, et c'est ce conp qne ces mêmes Ecoles s'efforcent dès à présent de prévenir. Le 28 octobre dernier a eu lieu à Paris une réunion de professeurs délégués de ces Ecoles, chargés de délibérer sur les intérêts communs à leurs établissements respectifs, ainsi que sur les questions à l'ordre du jonr concernant l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

A ce dernier point de vue, comme les projets de loi dont il s'agit ne sont pas à la veille de venir en délibération devant le parlement, la réunion a décidé qu'une étude complémen-

taire des différentes questions serait faite par les diverses Ecoles, de manière à rédiger un projet commun qui serait soumis aux membres du parlement. En attendant elle réclame des pouvoirs publics, l'application des mesures suivantes, votées dans une réunion antérieure tenue le 21 mai 1883 :

1° Rétablissement des examens de fin d'année pour toutes catégories d'étudiants ;

2° Obligations pour tous les étudiants, comme avant 1878, de prendre la totalité de leurs inscriptions avant de pouvoir subir aucun examen probatoire.

3° Reconnaissance de l'absolue équivalence de la totalité des inscriptions en médecine et en pharmacie prises dans les Ecoles ou dans les Facultés ;

4° Possibilité, pour les étudiants, de passer les deux premiers examens probatoires de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe dans les Ecoles, quelles qu'elles soient, où ils pourront faire leurs études, et constitution pour ces examens d'un jury mixte dans lequel les professeurs de l'Ecole seront représentés ;

5° Incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie, faisant leur service militaire, à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et autorisation pour nos jeunes gens, depuis leur première année de service, de suivre les cours de cette Ecole ;

6° Représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés.

En ce qui concerne les intérêts communs aux différentes Ecoles, la réunion a décidé de constituer une *Association* des professeurs de ces Ecoles, dont le bureau sera chargé d'étudier toutes les questions relatives à ces intérêts et d'en préparer la solution. Ce bureau est ainsi composé :

MM. Ledru, directeur de l'Ecole de Clermont, *président*,
Blatin, professeur à l'Ecole de Clermont, ancien député,
Langlet, professeur à l'Ecole de Reims, député,
Chrétien, professeur à l'Ecole de Poitiers, *secrétaire*.

Nous aurons occasion de revenir sur les travaux de ce bureau et sur les efforts des Ecoles de médecine pour sauvegarder leurs intérêts.

— Nous dirons un mot, en terminant ce *Bulletin*, d'une autre mesure qui a tout naturellement et vivement ému les intéressés : nous voulons parler du projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Nous nous déclarons incompétent pour apprécier la valeur des ressources que ce nouvel impôt peut fournir à l'actif du budget; mais nous croyons, avec nombre de nos confrères de la presse, que s'il est facilement supporté par quelques grandes maisons qui centralisent de nombreux produits, il pèsera lourdement sur les pharmaciens en général et compromettra l'essor de beaucoup d'entre eux. Or, on exige des pharmaciens des études assez étendues et assez dispendieuses pour ne pas accroître les difficultés d'une profession qui ne conduit le plus souvent qu'à une modeste aisance.

En ce qui nous concerne, nous médecins, on a reproché aux spécialités pharmaceutiques de favoriser l'ignorance ou la paresse de beaucoup de praticiens qui finissent par oublier les règles de la posologie et par ne plus savoir formuler. Ce reproche est, en effet, quelquefois fondé. Mais nous voyons, d'autre part, les spécialités pharmaceutiques prescrites chaque jour par nos maîtres les plus éminents, même par ceux pour qui les études de pharmacologie sont restées des plus familières. C'est qu'il ne suffit pas de bien prescrire : il faut encore veiller à ce que les prescriptions soient rigoureusement exécutées. Or, les pharmacies ou officines dont les laboratoires peuvent inspirer une entière confiance, ne sont pas très communes, même dans les grandes villes, et quand il s'agit d'employer une substance active, on aime mieux la prescrire sous forme d'une spécialité dont on peut apprécier la composition rigoureuse, que d'en confier la préparation à des mains plus ou moins inhabiles. Ici, il ne s'agit plus de l'intérêt du pharmacien, de l'inventeur ou du propriétaire de la spécialité, mais avant tout et exclusivement de l'intérêt du malade. A ce point de vue, les spécialités pharmaceutiques rendent chaque jour des services réels, qu'on ne saurait méconnaître et qu'il importe de ne pas amoindrir.

Dr F. de Ranse.

## NOTES ET INFORMATIONS

### Comité consultatif d'hygiène de France

(*Séance du* 10 *novembre*).

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire de France.

Les derniers postes sanitaires de terre sont supprimés. Il ne reste plus à la frontière des Pyrénées que les postes des gares d'Hendaye et de Cerbère. Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des vaisseaux qui sont entrés dans nos ports a été de 65. Seize passagers arrivaient d'Espagne. Le nombre des désifections pratiquées a été de 64.

Il est passé aux postes sanitaires de la frontière des Pyrénées, du 29 octobre au 4 novembre, 3,781 voyageurs, 379 opérations de désinfection ont été faites.

M. Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger.

L'épidémie s'étend dans les provinces du sud de l'Espagne.

En Syrie, le choléra continue à s'étendre, d'Alep il avait gagné Hama, et de Hama il vient de gagner Homs. Or, Homs n'est qu'à 125 kilomètres de Damas, à 180 de Beyrouth et à 95 seulement de Tripoli, de Syrie. Il y a eu, du 1er au 5 novembre, à Homs, 210 cas de choléra, dont 54 ont été mortels.

M. Grancher lit un rapport sur la question de savoir s'il y a lieu de créer en dehors de Paris des hôpitaux spéciaux pour les diphtériques. En voici les conclusions :

1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtériques ;

2° Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphtériques;

3° Des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diphtériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre inoffensives les voitures ;

4° Il y a lieu de recommander la création en dehors de Paris d'un service d'enfants diphtériques convalescents.

Le président annonce que le projet de loi relatif à la protection de la santé publique est prêt et que la commission spéciale en commencera l'étude samedi prochain.

Dans sa précédente séance, le comité consultatif avait voté les conclusions suivantes sur le rapport du docteur Chantemesse relatif au mode de chauffage des habitations.

1° *Il y a lieu de signaler particulièrement les dangers de la mobilité des poêles à combustion lente.*

2° *L'installation d'un poêle* à combustion lente dans une pièce *doit être précédée d'une enquête faite par l'architecte du locataire* ou du propriétaire de la maison, pour s'assurer que la ventilation de la pièce est suffisante, que le coffre de la cheminée ne communique pas avec celui d'autres cheminées voisines, et enfin que des ouvertures telles que celles des ventelles, dites de ventilation, ne

permettent pas aux gaz toxiques contenus dans le coffre de la cheminée de refluer dans la chambre.

### Epidémies.

— La variole sévit épidémiquement à Saint-Pétersbourg; la commission municipale d'hygiène publique a décidé d'augmenter dans tous les hôpitaux de la ville le nombre des lits affectés aux varioleux et de réserver un baraquement spécial de l'hôpital-baraques aux malades de cette catégorie; en outre, l'hôpital Alexandre (maladies de la peau) ne recevra plus désormais que des varioleux, dont le traitement dans les ambulances sera interdit.

— Le choléra s'est déclaré à Antioche le 20 octobre dernier et il y sévit d'une manière intense; on dit que la maladie a été importée d'Alep.

## NOUVELLES

### Facultés et Ecoles de médecine.

— Un décret récent annonce la transformation de l'Ecole de médecine de Toulouse en Faculté, et nomme M. Caubet, doyen de la nouvelle Faculté de médecine.

En vertu de ce décret, les inscriptions prises à la rentrée seront considérées comme inscriptions de Faculté, et, à ce titre, jouiront des droits conférés à ces dernières.

La question d'enseignement reste en suspens encore pour quelque temps. En attendant, les cours seront professés par les titulaires et les suppléants attachés aux chaires de l'Ecole de plein exercice. Ce ne sera que plus tard, vers la fin du semestre d'hiver, que le ministre de l'instruction publique prononcera sur les nominations des professeurs de la Faculté.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 2 AU 8 NOVEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 68. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 73. — Bronchite aiguë, et chronique, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 84. — Gastro-entérite des enfants ; Sein, biberon et autres, 52. — Fièvre et péritonite puerpérales. 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 187. — Causes inconnues, 14. — Total 1.006

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*J.-B. Baillière et fils, éditeurs rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain, Paris.*

Traité du Pied bot, par E. DUVAL, lauréat de l'Académie des sciences (Institut de France). Médecin en chef de l'Institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc de Triomphe, membre de l'Académie de médecine de Madrid et de Saint-Pétersbourg, de l'Académie de médecine et de chirurgie de Barcelone, commandeur de l'ordre de Medjidié, officier de l'ordre du Lion et du soleil de Perse. — Préface du docteur PÉAN, chirurgien de Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. — Avec 46 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

### DE LA MÉMOIRE DANS L'HYPNOTISME

par M. le professeur A. Pitres (1).

SOMMAIRE.

I. Amnésie rétrograde au début du sommeil hypnotique.

II. Lois du fonctionnement de la mémoire dans l'état d'hypnose : *a*) les personnes hypnotisées se rappellent pendant le sommeil hypnotique tout ce qu'elles ont appris antérieurement à l'état de veille; *b*) elles ne conservent après le réveil aucun souvenir de ce qu'elles ont fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique; exceptions à cette loi; *c*) endormies de nouveau, elles se souviennent de tout ce qu'elles ont appris à l'état de veille et dans les états hypnotiques antérieurs.

III. Influence des suggestions sur le fonctionnement de la mémoire. Amnésies et souvenirs suggérés. Faits relatifs à l'hypermnésie expérimentale. Recherches de MM. Féré et Binet sur les hallucinations objectives. Expérience du portrait; son interprétation.

(1). Extrait d'un volume de *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* qui va paraître prochainement.

Messieurs,

Tout ce qui a frappé notre esprit peut ultérieurement se représenter à lui sous la forme de souvenir. Semblable à un phonographe qui répète, quand on le veut, les paroles prononcées une fois devant sa lame vibrante, le cerveau enregistre les excitations dont il a été le siège et en reproduit à volonté l'image mnésique. Toutefois, le cerveau est un instrument incomparablement plus perfectionné que le phonographe, car il évoque, en même temps que l'image des événements passés, la notion précise de leur localisation dans le temps et dans l'espace, et même la série des réactions émotionnelles provoquées par ces événements à l'époque où ils se sont produits; de telle sorte qu'on pourrait dire de la mémoire qu'elle est *la reviviscence dans la conscience actuelle des états de conscience antérieurs.*

Le mécanisme intime de cette reviviscence nous est complètement inconnu. Nous en constatons les effets sans en comprendre la cause. Dans tous les cas, nous savons que la mémoire est une des fonctions les plus importantes de l'intelligence. Elle est la condition nécessaire de tout jugement, de tout raisonnement, de toute comparaison. Sans elle il n'y aurait pas d'éducation possible, par conséquent pas de perfectibilité. Son abolition suspendrait toutes les opérations intellectuelles.

L'histoire des altérations qu'elle subit dans les maladies a été l'objet d'importants travaux, parmi lesquels il convient de citer en première ligne la remarquable monographie, à la fois psychologique et médicale, de M. Ribot (1). L'étude de son fonctionnement chez les sujets en état d'hypnose spontanée ou provoquée a suscité également de très nombreuses

(1) Th. Ribot, *Les maladies de la mémoire.* Paris, 1883.

## FEUILLETON

### FEUILLES VOLANTES

12 novembre 1890.

Rebouteurs et spécialités pharmaceutiques. — Les remèdes secrets en Italie. — Faculté de médecine de Toulouse. — Les étudiants en médecine et le service militaire. — Le choléra espagnol. — Nos décédés.

Décidément les ministres ne couchent pas tous les soirs sur un lit de roses. Et le métier d'équilibriste du budget expose à plus d'une avanie. Cependant, M. Rouvier, notre grand surintendant des finances, semblait avoir trouvé une poule aux œufs d'or. Mais la poule ne se laisse pas tuer sans pousser de hauts cris. En imposant les pastilles Géraudel, les pilules suisses et autres produits tout aussi curatifs de presque toutes les maladies, l'on affectait d'arracher quelques plumes aux ailes du charlatanisme. C'était là une idée d'autant plus réjouissante, d'autant plus géniale, que l'opérateur avait, quelques semaines auparavant, semblé encourager les manœuvres d'un charlatan.

N'est-ce pas à un rebouteur, assisté, il est vrai, d'un médecin, que M. Rouvier avait confié l'auguste mission de soigner son entorse? (1).

* *

Mais les nécessités de la politique, surtout de la politique budgétaire, exposent trop nos gouvernants à se brouiller avec la logique pour qu'on puisse tenir rigueur à M. Rouvier de cette inconséquence. Et puis d'ailleurs ne pourrait-il pas nous alléguer que, n'ayant pas été satisfait des résultats obtenus par son médicastre, il a reconnu ses erreurs, et que revenant à résipiscence, il veut brûler aujourd'hui les dieux qu'il implorait le mois dernier. Donc sus aux charlatans!

(1) Nos voisins belges n'ont rien à nous envier, car leur ministre de la Justice vient de suivre l'exemple de notre ministre des Finances.

recherches dont je vais essayer de vous faire connaître les principaux résultats.

On savait, depuis longtemps, que les personnes hypnotisées oublient après le réveil tout ce qu'elles ont fait ou appris durant le sommeil et qu'elles en retrouvent le souvenir lorsqu'elles sont plongées de nouveau dans le sommeil hypnotique. Braid, Carpenter, Azam et une foule d'observateurs l'avaient nettement constaté (2). Mais on n'avait pas poussé plus loin l'analyse jusqu'au jour où les recherches de MM. Ch. Richet (3), Bernheim (4), Delbœuf (5), Dichas (6), Beaunis (7), etc., ont mis en lumière une foule de détails intéressants.

Pour exposer méthodiquement le résumé de l'état de nos connaissances dans cette question, nous allons étudier tout d'abord les phénomènes de mémoire tels qu'ils se produisent dans l'hypnotisme quand aucune influence perturbatrice ne vient compliquer les expériences; nous nous occuperons ensuite des modifications qu'y apporte l'intervention des suggestions.

I

Au moment précis où s'opère le passage de l'état de veille normal à l'état de sommeil artificiel, on observe en général une interruption dans la continuité des actes de mémoire. En voici la preuve :

(2) On en avait même la notion avant Braid. Dans le rapport sur le magnétisme animal présenté par Husson, en 1831, à l'Académie de médecine, il est indiqué que les magnétisés « se souviennent de tout ce qui s'est passé pendant tout le temps et toutes les fois qu'ils ont été en somnambulisme. A leur réveil, ils disent avoir oublié totalement toutes les circonstances de l'état de somnambulisme et ne s'en souvenir jamais ».

Dans une thèse allemande sur le somnambulisme spontané, écrite en 1820, on lit les propositions suivantes : « *Rarissime vigilantes ægri ex paroxysmo habent recordationem... Semper fere in antecedente paroxysmo dictorum et factorum in novo recordantur, atque ita sæpe inter se conjunguntur paroxysmi ut in novo ibi colloqui pergant, ubi in antecedente desierint. Porro semper fere aliquam in paroxysmo retinent e vigilia rerum memoriam ut non plane disjuncti duo status inter se decurrant* (Ernestus Fœrster, *Insignium somnambuli spontanei exemplorum enarratio*, etc. Kiliæ, 1820, p. 33-34).

(3) Charles Richet, *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884.

(4) Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Paris, 1886.

(5) Delbœuf, *Revue philosophique*, 1886.

(6) Dichas, *Étude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique*, Th. doct. Bordeaux, 1886.

(7) H. Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*, 1 vol. in-16. Paris, 1886.

Je prends une de nos malades hypnotisables et je la prie de compter à haute voix de un à vingt, en ne s'arrêtant sous aucun prétexte. Elle commence, et quand elle est arrivée au chiffre dix, je presse sur une de ses zones hypnogènes. Elle s'endort aussitôt, mais en s'endormant elle cesse de compter, bien qu'elle ne soit pas encore arrivée à vingt. Si je lui demande alors pourquoi elle s'est arrêtée avant d'avoir rempli intégralement sa promesse, elle paraît réfléchir un instant et elle recommence à compter non pas de onze à vingt, mais de un à vingt, comme si elle avait oublié qu'elle avait déjà joué une partie de son rôle.

Chez d'autres sujets, le souvenir des conventions acceptées immédiatement avant la production du sommeil est définitivement effacé, et quand on leur demande pourquoi ils se sont arrêtés ils ne comprennent pas ce qu'on veut leur dire : ils ont oublié ce qu'on les a priés de faire quelques instants auparavant.

Dans certains cas, enfin, on constate une amnésie rétrograde portant sur une période relativement longue. C'est ainsi que se passent les choses chez une de nos hystériques. Lorsqu'après l'avoir hypnotisée on lui demande de raconter ce qu'elle a fait dans la journée, on s'aperçoit que ses souvenirs s'arrêtent trois ou quatre heures avant le début du sommeil provoqué. Tout ce qui s'est passé durant ce laps de temps est totalement oublié et la malade ne peut s'en souvenir, quelque effort qu'elle fasse pour cela, tant qu'elle est endormie.

Il ressort, si je ne me trompe, de ces observations que le passage de la veille au sommeil est accompagné d'une perturbation des facultés intellectuelles, d'une sorte de choc cérébral qui se traduit, entre autres phénomènes, par une *amnésie rétrograde*, courte ou longue selon les cas, mais presque toujours appréciable et ressemblant par ses caractères cliniques à celle qui survient à la suite de certains traumatismes du crâne (1).

Mais ce phénomène a peu d'importance en comparaison de ceux qu'il nous reste à étudier et qui peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

1° Les personnes hypnotisées se rappellent pendant le som-

(1) M. Bernheim a observé récemment des faits identiques à ceux dont il vient d'être question. Il les a décrits dans un court mémoire ayant pour titre : *De l'amnésie rétroactive dans le sommeil provoqué* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, 1890, p. 12).

---

Quant aux parfumeurs ils peuvent vendre en toute liberté ce que les pharmaciens ne vendraient qu'avec surtaxe.

***

Chose bizarre! tandis qu'en France on cherche à battre monnaie avec les *spécialités pharmaceutiques*, un pays voisin, dont cependant les finances ne sont pas extrêmement prospères, agit d'une façon bien différente.

En Italie, le directeur de la santé publique, M. L. Pagliani, a fait signer par son ministre un décret destiné à faire retirer du commerce, comme inutiles ou dangereuses, 159 préparations médicinales (1) qu'en France M. Rouvier aurait été heureux de pouvoir frapper d'un impôt.

Mais la France est plus riche que l'Italie. En créant cette nouvelle source d'impôts, elle aspire sans doute aussi à créer encore une nouvelle catégorie de fonctionnaires. Par contre M. Alglave a eu beau montrer à nos gouvernants les immenses ressources qu'on pourrait retirer d'un impôt vraiment moralisateur, celui qui frapperait les alcools, nos députés et même nos ministres ferment leurs yeux, bouchent leurs oreilles, et par le fait dévoilent à la France entière combien ils craindraient de s'attirer la haine des cabaretiers, des marchands de vin, de nos faiseurs actuels d'élections en un mot, s'ils consentaient à proposer et surtout à voter des entraves à un commerce qui mène la France à l'abîme et qui fait aussi nommer les députés.

***

Nous allons donc posséder bientôt une septième Faculté officielle de médecine. Voici en effet ce que nous lisons dans une Revue de Toulouse (1) : « A la suite des démarches faites au Ministère de l'Instruction publique par MM. Caubet, Cohn, Ournac, Perroud, M. Liard, directeur de l'enseignement, a été délégué pour se rendre compte de l'état matériel des locaux

(1) Voir cette liste dans le *Giornale Della Reale società Italiana d'Igiene*, p. 552-555.

(1) *Bulletin de la Société de pharmacie du Sud-Ouest*, numéro d'octobre.

meil tout ce qu'elles ont appris lorsqu'elles étaient à l'état de veille normal ;

2° Les mêmes personnes réveillées n'ont aucun souvenir de ce qu'elles on dit, fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique ;

3° Endormies de nouveau, elles se rappellent également bien ce qu'elles ont appris dans l'état de veille et dans les états hypnotiques antérieurs.

Chacune de ces propositions mérite quelques développements.

## II

1° *Les personnes hypnotisées se rappellent dans l'état de sommeil tout ce qu'elles ont appris antérieurement lorsqu'elles étaient à l'état de veille.*

Pourvu que le sujet hypnotisé soit placé dans un des stades de l'hypnose dans lesquels la communication avec le monde extérieur est conservée, il répond aux questions qu'on lui pose, et il est très facile de s'assurer qu'il se souvient de tout ce qu'il connaissait antérieurement. On peut lui faire raconter l'histoire de sa vie, les événements dont il a été témoin. Sa mémoire est aussi lucide, aussi complète, aussi étendue qu'à l'état de veille normal.

D'après quelques auteurs, la fixation et le rappel des souvenirs seraient même plus faciles dans l'état hypnotique que dans l'état de veille. On cite çà et là, pour étayer cette opinion, des exemples de gens qui parlaient pendant le sommeil hypnotique des langues dont ils avaient fait usage dans leur enfance et dont ils ne savaient plus se servir dans la vie ordinaire. Mais ces exemples sont, en général, rapportés avec trop peu de détails pour entraîner la conviction. Il ne faut pas oublier qu'en pareille matière les légendes s'établissent avec une grande facilité. Quand le Dr Constans fut envoyé à Morzine pour étudier l'épidémie d'hystéro-démonopathie qui sévissait dans ce village, on lui affirma qu'une des malades parlait arabe dans ses crises, sans l'avoir jamais appris antérieurement. Il voulut vérifier le fait, mais la malade refusa de parler devant lui. Il ouvrit une enquête, et il se trouva que dans le pays personne ne connaissait l'arabe. On avait entendu des sons inintelligibles : « C'est de l'arabe, » avait dit quelqu'un, et depuis lors parents, amis, voisins, tout le monde affirmait que la jeune fille parlait arabe (1).

Des faits plus précis ont été signalés. M. Ch. Richet a vu une personne qui chantait tous les airs du deuxième acte de l'*Africaine* pendant son sommeil et ne pouvait en retrouver une seule note lorsqu'elle était éveillée (2). M. Bottey a pu faire répéter textuellement à des somnambules, des phrases entières qui avaient été prononcées devant eux quelques jours auparavant et dont ils n'avaient aucun souvenir à l'état de veille (3). M. Beaunis a observé une jeune femme qui, endormie, racontait avec une parfaite précision de détails ce qu'elle avait mangé la veille ou l'avant-veille, tandis qu'elle ne s'en souvenait que très imparfaitement à l'état normal (4).

Les expériences directes ne semblent cependant pas confirmer l'hypothèse d'après laquelle la mémoire serait exagérée par le fait seul de l'hypnose. Nous avons souvent, M. Dichas et moi, fait apprendre par cœur à des malades à l'état de veille et à l'état hypnotique des fragments de poésies, et il nous a semblé qu'il n'y avait pas de différences appréciables dans l'intensité de la fixation des souvenirs chez les mêmes sujets éveillés ou endormis : ils apprenaient aussi bien ou aussi mal leur leçon dans l'un ou l'autre état. De même nous nous sommes fait raconter, avant et pendant le sommeil hypnotique, des épisodes saillants de la vie des malades que nous observions, et nous n'avons pas constaté que les détails du récit fussent plus précis ou plus circonstanciés dans l'état de sommeil que dans l'état de veille (5). Je reste convaincu, après avoir fait et refait ces expériences un grand nombre de fois, que l'hypermnésie n'est pas un symptôme ordinaire du sommeil artificiel, et que, dans la majorité des cas où on a cru l'observer chez les hypnotisés, c'est que le fonctionnement de

(1) A Constans. *Relations sur une épidémies d'hystéro-démonopathie en 1861* Paris 1863, p. 88.

(2) Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*, p. 194.

(3) Bottey, *Le magnétisme animal*, Paris, 1884, p. 57.

(4) Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*, p. 120.

(5) M. Cesare Lombroso rapporte les expériences suivantes qui lui semblent démontrer que la mémoire peut être augmentée d'une façon extraordinaire par le fait de l'hypnotisme. Ayant dit devant un sujet hypnotisé douze nombres, ce sujet répéta une demi-heure après les six premiers nombres en commettant une seule erreur. Il ne connaissait pas l'allemand : après lui avoir ordonné de fixer une ligne d'un livre allemand et de la reproduire une demi-heure après sur l'ardoise, il écrivit ou plutôt il retraça l'image des lettres avec leurs formes spéciales en faisant trois erreurs seulement sur soixante lettres. Le livre qui avait servi à cette expérience étant fermé, le sujet put, sur l'ordre qui lui en fut donné, retrouver la page et la ligne sur laquelle on avait fixé son attention anparavant (*Studi sull' ipnotismo*; Torino, 1886, p. 5).

de la nouvelle Faculté. Mercredi et jeudi 30, il a visité la Faculté de droit, des sciences, les hospices, les travaux des Facultés des Lettres et de Médecine ; il a félicité les professeurs qui l'accompagnaient de la parfaite installation qu'il venait de voir.

« Après avoir conféré avec le recteur, les doyens des trois Facultés, le directeur de l'Ecole de médecine, le préfet et le maire, M. Liard a de nouveau exprimé sa satisfaction et ajouté que, le nombre voulu d'étudiants en médecine et en pharmacie étant atteint et les constructions en bonne voie, le décret reconnaissant effectivement la Faculté par la nomination du Doyen, serait incessamment rendu, si la Commission des hospices se hâtait de fournir le nombre de lits et de malades réclamés par le ministère.

« Celle-ci s'est réunie aussitôt.

« A l'unanimité, la Commission a accepté les propositions faites par M. le ministre.

« A bientôt donc la nomination de M. le doyen de la Faculté de médecine. »

M. Caubet vient, en effet, d'être nommé doyen ; mais voilà que l'année scolaire est entamée, et Toulouse n'a pas encore pu inaugurer sa nouvelle Faculté, puisque le corps professionnel n'a pas été institué.

*
* *

A propos de l'application aux étudiants en médecine de la nouvelle loi militaire, nous sommes heureux de trouver dans un journal de médecine (1) les réflexions suivantes que nous signerions des deux mains :

« Il y a quelques années, les étudiants en médecine qui accomplissaient leur année de service militaire étaient soumis pendant deux mois seulement au régime commun des autres soldats ; puis, pendant les dix autres mois de leur volontariat, ils étaient attachés à un service d'hôpital militaire où on les instruisait des choses spéciales de la médecine militaire. On préparait ainsi la pépinière où, en cas de mobilisation, se recrutaient les *trois quarts* de nos médecins d'armée. En ces

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° 126.

la mémoire avait été modifié par l'intervention de suggestions conscientes ou inconscientes ou par l'exaltation de la puissance imaginative.

(*A suivre.*)

## UROLOGIE

### VALEUR CONSIDÉRABLE DE LA DENSITÉ CORRIGÉE DE L'URINE DANS LES MALADIES DU REIN.

Par le Dr Beugnies-Corbeau (de Givet).

I

On admet, en général, que l'adulte bien portant et sobre excrète par 24 heures en moyenne 1,500 cc. d'urine, pesant 1,020 au densimètre.

On peut, nous semble-t-il, atteindre à une formule plus satisfaisante qui tient compte des différences sexuelles, individuelles, et particulières chez le même individu suivant les âges. Elle consiste à dire que, dans l'espèce humaine, la sécrétion urinaire des 24 heures est sensiblement égale à 20 cc. par kilogr. du poids corporel, et que le volume total marque 1,020 au densimètre et à la température de 15°.

Voilà l'expression des moyennes physiologiques. C'est un étalon idéal. Dans l'étude qui va suivre nous y ramènerons toujours les données fournies par l'expérience, et peut-être arriverons-nous à faire voir qu'il y a là, pour le médecin, une information de haute valeur.

Mais, auparavant, des préliminaires sont indispensables. On pourrait croire que, pour prendre une bonne densité, il suffit de plonger un densimètre dans un liquide. C'est un peu moins simple que cela.

Il faudra d'abord avoir un excellent densimètre, avec thermomètre réuni ou séparé. On nettoiera le tout au moment de s'en servir, car la moindre souillure — marques de doigt, poussières, crasse, — gêne la pénétration de l'instrument et fausse la lecture.

Les urodensimètres Salleron à tige plate constituent, pour les besoins de la clinique, des appareils presque aussi délicats et plus expéditifs que la balance. L'instrument doit être maintenu au milieu du liquide, lequel ne présentera à sa surface ni taches huileuses, ni corpuscules flottants. On le pousse une seule fois bien à fond pour tremper la tige (1). On lit le degré densimétrique en regardant horizontalement la surface du liquide. Le point exact où le plan liquide coupe la tige, correspond au chiffre cherché. S'il y a de la mousse, on l'enlève avec du papier buvard.

On ne doit agir que sur des liquides d'une limpidité parfaite, à moins que le trouble ne soit dû à des substances absolument insolubles à chaud comme à froid et qu'on laisse alors déposer. Si le trouble est redissoluble à chaud, il faudra faire la pesée au bain marie, entre 36° et 38°, sauf à tenir compte de la correction thermique corrélative.

L'urine prise sera échantillonnée sur le volume total des 24 heures, et comme le poids spécifique des différentes mictions n'est point le même, il faudra, pour faire un tout bien homogène, agiter un peu le mélange. On remettra au malade un bocal gradué, en lui recommandant de ne commettre aucune fraude.

Il y a trois espèces de corrections à faire, l'une volumétrique, la seconde densimétrique, la dernière thermique.

1° *Correction volumétrique.* Elle consiste à ramener le volume expérimental quelconque à l'étalon choisi. Dans notre cas spécial l'étalon est, ou bien 1,500 cc., ou mieux 10 cc., par livre du poids corporel.

2° *Correction densimétrique.*

Un volume V' étant pris comme étalon on dégagera sa densité D' en écrivant.

$$D' = 1{,}000 + \frac{V\,(D - 1{,}000)}{V'}.$$

Exemple : 1,200 cc. d'urine pesant 1,020, ramené au volume étalon 1,500 ne donnent plus que :

$$D = 1{,}000 + \frac{1{,}200 \times 20}{1{,}500} = 1{,}016.$$

Le chiffre densimétrique D', obtenu directement, représente

(1) M. Demichel, successeur de Salleron, me fait à cet égard deux critiques très justes. Le densimètre avec thermomètre réuni est plus coûteux et moins exact que l'autre, pour des motifs inhérents à la construction. Donc il doit être rejeté dans les recherches rigoureuses. En outre, il faut l'introduire doucement et, lorsqu'il paraît en équilibre, l'enfoncer non de toute sa tige, *mais d'une division à peine*, pour que le liquide suspendu sur la partie émergente de l'instrument n'exagère point la pesée, en le faisant descendre trop bas par cette petite surcharge.

Dr B.-C.

dernières années, on avait même été plus loin, et l'on avait reconnu la nécessité de cette instruction spéciale de l'étudiant en médecine : on l'avait obligé de subir des examens pour obtenir le titre de médecin auxiliaire, et son année de service se passait, en somme, à faire l'apprentissage du rôle qu'il remplissait en temps de guerre.

« La décision nouvelle vient de tout bouleverser. Pendant les six premiers mois de sa présence au corps, l'étudiant sera soumis aux obligations du service imposé aux hommes de sa classe. Dans le deuxième semestre, il suivra quelques cours spéciaux en dehors des exercices militaires.

« Enfin, pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, les étudiants suivront des cours et exercices professionnels spéciaux dans les hôpitaux militaires désignés.

Dire que cette mesure va porter un tort considérable aux études médicales est presque inutile, tellement le fait est évident; mais M. le ministre de la Guerre a sans doute été guidé par des intérêts supérieurs pour interrompre aussi brutalement des études commencées. Sans doute, dans l'intérêt de la défense de la patrie, il était urgent de modifier l'état de choses actuel et d'enrégimenter nos futurs docteurs. Cependant, n'en déplaise à M. le ministre de la Guerre, une bonne manière, pour un futur médecin de réserve, de pouvoir être utile à son pays, c'est encore de faire de vraies et de solides études médicales. Et avec la nouvelle façon de procéder, nous aurons des docteurs qui auront appris la charge en cinq temps, mais qui ignoreront peut-être les premiers mots de leur futur métier de médecins militaires. Pour avoir de bons soldats, faites faire des exercices militaires; pour avoir de bons médecins dans l'armée, n'entravez pas les études médicales! Est-ce faire œuvre utile que d'apprendre, au futur médecin de réserve, le maniement d'une arme dont, en temps de guerre, il devra être dépourvu?

Au point de vue médical pur, la décision du ministre aura un effet désastreux, que ne compensera pas une instruction militaire, dépourvue d'utilité.

Pourquoi ne pas incorporer les étudiants directement dans

a *densité brute, expérimentale*; celui qui se dégage des calculs, toutes corrections faites, D', représente la *densité corrigée*; nous ne nous servirons que de ces deux termes dans ce qui va suivre.

3° *Corrections thermiques.* On les trouve indiquées dans le tableau ci-joint, construit spécialement pour l'urine. On remarquera qu'au dessous de 15°, elles sont négatives (milieu plus dense) et, au-dessus, positives (milieu moins dense).

TABLE DES CORRECTIONS THERMIQUES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5°.......... | — | 0.861 | 23°........ | + | 1.783 |
| 6°.......... | — | 0.835 | 24°........ | + | 1.960 |
| 7°.......... | — | 0.810 | 25°........ | + | 2.251 |
| 8°.......... | — | 0.715 | 26°........ | + | 2 553 |
| 9°.......... | — | 0.635 | 27°........ | + | 2.864 |
| 10°.......... | — | 0.535 | 28°........ | + | 3.175 |
| 11°.......... | — | 0.415 | 29°........ | + | 3.495 |
| 12°.......... | — | 0.335 | 30°........ | + | 3 820 |
| 13°.......... | — | 0.240 | 31°........ | + | 4.150 |
| 14°.......... | — | 0.150 | 32°........ | + | 4.485 |
| 15°.......... | | 0.000 | 33°........ | + | 4.825 |
| 16°.......... | + | 0.140 | 34°........ | + | 5.170 |
| 17°.......... | + | 0.360 | 35°........ | + | 5.420 |
| 18°.......... | + | 0.670 | 36........ | + | 6.875 |
| 19°.......... | + | 0.851 | 37°........ | + | 6.135 |
| 20°.......... | + | 1.072 | 38°........ | + | 6.400 |
| 21°.......... | + | 1.289 | 39°........ | + | 6.723 |
| 22°.......... | + | 1.510 | 40°........ | + | 6.925 |

Il est plus facile de faire ces differentes corrections séparément. C'est pourquoi nous ne croyons point devoir transcrire la formule générale que nous avons établie, et qui permettrait de les résoudre en une seule équation.

II

Ces prémisses posées, abordons maintenant le double terrain de la physiologie et de la pathologie.

A. — *Physiologiquement*, il y a un certain nombre de conditions qui réagissent sur la densité urinaire, le volume et la température étant réduits à l'échelle que nous avons indiquée ci-dessus.

Parmi ces conditions, les unes, comme la diète hydrique ou alimentaire, le végétarisme, la galactophagie exclusive, le repos absolu, abaissent la densité de l'urine; les autres, comme le régime carné, les boissons copieuses, l'alcoolisme et l'exercice, l'élèvent au contraire.

Le sexe féminin a, sous le rapport de la densité et du volume physiologiques, un taux un peu plus faible que le masculin. — 8 c. e par livre corporelle; D = 1,018.

B. — *Pathologiquement*, il existe deux grandes sections morbides dans lesquelles la densité urinaire se tient toujours au-dessous de la normale, ce sont :

1° Toutes les dystrophies générales apyrétiques.

2° Les affections du rein.

1° Le *premier groupe*, chlorose, anémie, hystérie, marasmes quelconques, compte, parmi ses nombreux caractères, un abaissement de la densité corrigée, abaissement d'autant plus considérable que la maladie suivra une marche plus funeste. L'ensemble des signes rend d'habitude, même en dehors du désordre urinaire, le diagnostic facile. En tout cas, il faudra toujours faire un examen sérieux de ces diverses hypothèses avant de se rabattre sur la présomption d'une maladie rénale.

2° *Lésions du rein.* — Le Dr Purdy, de Kingston, dont les savantes recherches de pathologie rénale font justement autorité dans le Nouveau-Monde, nous signale un fait de la plus haute importance : 259 néphrites de toute espèce, vérifiées à l'autopsie, n'ont donné que 68 albuminuriques, et ont évolué insaisissables chez 191 malades, c'est-à-dire dans les 3/4 des cas. Constatation éloquente! La néphrite non albuminurique serait donc plus banale que l'autre.

Le professeur Dieulafoy a tracé magistralement les symptômes de cette dernière. Il en est un qu'il n'a point décrit et que nous résumons en un aphorisme :

*Toute lésion du rein entraîne un abaissement densimétrique de l'urine, celle-ci étant ramenée à l'étalon normal.*

Si l'organe s'achemine vers la guérison, la courbe densitaire se relève graduellement; si le mal empire, elle s'abaisse de plus en plus.

La décroissance parallèle du volume et du poids densimétrique dénote une obstruction rénale à marche rapidement funeste.

Prenons les principaux types de désordres rénaux.

A. *Néphrite diffuse aiguë généralisée.* — Elle confirme pleinement, et dans toutes ses phases, les lois précédentes.

B. *Néphrite diffuse chronique.* — Tantôt elle fait suite à la forme aiguë et alors elle ne change en rien les caractères susmentionnés de l'urine; tantôt elle est chronique d'emblée, et, à mesure qu'elle s'installe, elle infléchit la courbe densimétrique, qui du reste se calque avec une parfaite exactitude sur les aléas de l'affection.

C. *Néphrocirrhose.* — Urine presque normale quand la maladie n'occupe qu'une zone restreinte. Mais la densité ne tarde

---

les hôpitaux? Là, sans quitter le malade, ils pourraient et continuer leurs études et suivre toute l'année des cours spéciaux, les préparant complètement pour leur future mission. De la sorte tout le monde y gagnerait, la médecine et l'armée. »

Tout esprit sensé ne peut qu'approuver des idées aussi justes que vraies.

Sera-ce une raison suffisante pour qu'elles soient entendues et écoutées? Dieu le veuille!

⁂

Bien que l'épidémie cholérique n'ait pas réussi à franchir les Pyrénées, et soit jusqu'ici restée confinée en Espagne (puisque les 2 cas d'importation à Lunel n'ont pas formé foyer infectieux), la mort n'en a pas moins frappé sur le corps médical à coups redoublés.

S'il en est qui étaient arrivés à la vieillesse, comme notre ancien professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, Gavarret, mort à 81 ans, on comme le chirurgien Gustave Monod, mort à 87 ans, d'autres ont disparu avant l'âge de la retraite : tels Duménil (de Rouen), Nicolas Duranty (de Marseille), tel aussi Ernest Hardy, le directeur du service des travaux chimiques à l'Académie de médecine, qui (d'après le *Petit Journal*) se serait empoisonné en ingérant par mégarde de l'oxalate de potasse, en guise de purgatif. D'autres encore qui ont été moissonnés avant l'entière maturité : Hallez (de Lilles), Deligny, Calmettes, etc.!!

Dr Péter-Paul Somans.

pas à faire une chute de plus en plus profonde à mesure que la tache morbide s'élargit.

Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que la marche générale de la courbe, prise dans une série d'observations, a le double avantage de fournir une base inébranlable au diagnostic, et de nous éclairer en même temps sur le chemin que suit la maladie.

D. *Dégénérescence amyloïde*. — Voilà une affection qu'on ne diagnostique jamais que par voie indirecte. On la présume, on ne la prouve point. La réaction iodo-sulfurique obtenue avec la matière organisée du sédiment serait seule capable de lever sans réplique tous les doutes. Mais s'il fallait attendre cette réaction, — tardive et exceptionnelle — jamais on ne parlerait de dégénérescence amyloïde au lit du malade. On s'appuie pour la pressentir sur des arguments étiologiques, tels que syphilis ancienne, suppurations osseuses, foyers purulents, scrofule, phthisie, et sur les caractères de l'urine. Parmi eux, l'évaluation pondérale bien faite, et qu'on a négligée jusqu'alors, est le seul élément qui puisse nous dire, dès le début même, si le rein est pris et dans quelle mesure. Elle représente à cet égard une balance bien autrement sensible que la quantité d'albumine (Purdy).

E. *Congestion passive*. — Densité un peu infléchie, mais voisine de la normale, le tissu du rein étant intact.

F. *Néphrite suppurée*. — Elle se comporte comme les autres.

G. *Albuminuries fonctionnelles*. — Elles démontrent la règle que nous venons de formuler : le rein n'étant pas malade, le poids spécifique n'a aucune raison de s'infléchir, et il reste normal, parfois même on le trouve régulièrement accru. Chez certains malades, cependant, le désordre urinaire se complique d'anémie, et alors la courbe générale de la densité se tient toujours un peu au dessous du chiffre physiologique, à cause du ralentissement nutritif.

Une de mes clientes, atteinte d'une hépatocirrhose ancienne, contracta une pleurésie subaiguë droite, diaphragmatique, à partir de laquelle ses urines devinrent régulièrement albumineuses pendant plus d'une année. Les viandes déterminaient chez elle des phénomènes d'intoxication. Force nous fut en conséquence de nous restreindre au régime lacto-végétarien qu'elle suivit dans toute sa rigueur pendant plus de 15 mois. Il y avait une anémie assez intense, qui s'améliora lentement avec ce régime. L'albuminurie, continue d'abord, devint nettement alimentaire au 4e mois, pour disparaître ensuite peu à peu.

Avant la pleurésie, plusieurs analyses, négatives au point de vue de l'albumine, mais toutes indiquant une indigence notable des matériaux fixes.

Dans toutes nos déterminations le poids corporel étant de 75 kilos, nous fixâmes le volume repère à 1200 c.c.

Du 1er au 8 juin, pleurésie aiguë = 8 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1014,4.

Du 16 au 26 juin, convalescence = 10 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1016,2.

Du 2 au 8 juillet, anémie profonde = 6 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1014,33.

Du 14 juillet au 2 août, anémie profonde = 18 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1014,5.

Du 11 au 28 août, mieux = 17 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1018,0.

Du 8 au 22 septembre, mieux = 14 jours consécutifs. Densité moyenne corrigée : 1017.

Depuis cette époque, amélioration régulière.

En somme, on voit la densité s'infléchir pendant le jeûne considérable de la pleurésie, se relever un peu au début de la convalescence, refaire une chute assez longue sous l'influence de la faiblesse générale, puis se relever encore à mesure que l'organisme a définitivement réparé ses pertes (1).

Un seul cas fausse les déterminations densimétriques, c'est celui où l'urine contient du sucre. Mais l'obstacle n'est point insurmontable. Voici comment nous conseillons de procéder : on prend le poids spécifique, dans toutes les règles et avec toutes les corrections voulues. Cela fait, on dose le sucre par litre : nos recherches nous ont appris, qu'à 15°, 2 gr. 50 de ce corps, par litre, élèvent l'uro-densimètre de 1 division. Le reste devient facile. Une urine pèse ; par exemple, 1,047 et contient 93 gr. 8 de sucre par litre. Nous trouvons que 93 gr. 8 élèvent l'uro-densimètre de $\frac{93,8}{2,5} = 37$ divisions. Si on les retranche du chiffre total 1,047 il reste pour le poids spécifique vrai 1,010.

Un travail de moi, inséré aujourd'hui même dans la *Gazette médicale de Liège* (2), démontre que la présence de l'albumine aussi peut être une source d'erreurs. Un chimiste allemand, Zahor, a établi naguère que 4 grammes d'albumine dans un litre d'eau élèvent le densimètre de 1 division (1 gramme). Or, je suppose le cas suivant : un adulte qui devait uriner 1500 cc., ne donne que 300 cc. d'une urine contenant 10 grammes d'albumine. D = 1018, à 15°. Dix grammes d'albumine font 33 pour mille, lesquels, à raison de 4 grammes par division densimétrique, produisent une surévélation de 8 unités et ramènent en conséquence déjà D à 1010. Mais le malade urine 5 fois moins que son volume physiologique ; d'où ce n'est plus 1010 qu'il faut écrire, mais 1002. En dehors de l'albumine, *il ne rend donc, pour ainsi dire, que de l'eau distillée*.

Avec un liquide albumineux, le plus sûr est de précipiter d'abord l'albumine par la chaleur, lorsqu'on veut faire une opération rigoureuse.

On enseigne communément que l'uro-densimètre peut conduire à une évaluation du résidu fixe, et on indique un certain nombre de stratagèmes pour atteindre au résultat. Ces stratagèmes, un mot les juge : ils sont aussi mauvais les uns que les autres. Je prends la fameuse formule de Hager qui consiste à multiplier le nombre de litres de l'urine rendue par 2,33 et par les deux derniers chiffres de la densité. Pour en connaître l'exactitude je fis un grand nombre de dessiccations à l'étuve entre 80° et 85°. Toujours le calcul et l'expérience donnaient un écart considérable, en dessus ou en dessous, quelquefois du simple au double.

## REVUE DES JOURNAUX

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

*Suite et fin* (3).

III. — SUR LA TORSION DU CORPS DE L'UTÉRUS AUTOUR DE SON AXE, OCCASIONNÉE PAR DES TUMEURS, par le Dr O. KUSTNER. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 44, p. 785.)

IV. — HÉMORRHAGIE MORTELLE A UNE PÉRIODE AVANCÉE DE LA GROSSESSE, AYANT SON ORIGINE DANS UNE VARICE DE LA VULVE, OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM, par le Dr NAHMMACHER. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 42, p. 968.)

(1) Cette malade n'a jamais eu le moindre signe (cylindres urinaires, œdèmes, etc.), d'une affection rénale.

(2) Beugnies-Corbeau *Opinions générales actuellement admises sur le symptôme albuminurie*. (*Gaz. méd. Liège*, 2 octobre 1890.)

(3) Voir le numéro précédent.

V. — Hémorrhagie mortelle a la suite d'une déchirure de la muqueuse vulvaire, par le Dr Drzymalik. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 18.)

VI. — Lésion traumatiques du vagin occasionnée par le coit, par le Dr Himmelfarb. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 22, p. 395.)

— Deux cas de lésions traumatiques du vagin occasionnées par le coit, par le Dr E. Franck. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 50).

III. — On n'observe que très rarement chez la femme, la torsion de l'utérus autour de son propre axe, tandis que chez les femelles des ruminants, à l'état de gestation, la chose est relativement fréquente : l'utérus se tord en quelque sorte autour de l'axe fixe représenté par le col, d'où résulte le plus souvent une incarcération du fœtus. Dans un travail paru au mois d'octobre 1887, Skntsch (*Centralblatt fur Gynækologie*, 1887, n° 41, p. 652) n'avait pu réunir qne 3 faits de ce genre, pnbliés antérieurement par Virchow, Küster, et Schrœder. En même temps il donnait la relation d'un quatrième cas, tiré de la clinique de Schnltze, de Iéna.

M. Küstner publie denx antres exemples de ce genre de déplacement de l'utérus, qui présente ce caractère spécial, c'est qne le corps de l'ntérus prend part à la torsion et non le col.

La première observation de Küstner concerne une femme de 42 ans, mariée, nullipare, qui portait depuis quatorze ans une tumeur dans le ventre. Pen gênante d'abord, cette tumeur était devenue très incommode par son volume et par son poids. Eu outre, depuis sept années environ la femme avait des régles très prolongées et très douloureuses.

La tumeur fut reconnue pour un fibro-myôme. Le 7 septembre dernier on procéda à la myotomie. Une fois le néoplasme attiré hors de la plaie abdominale, il se fit voir que l'un des ovaires était fixé en avant à la base de la tumeur, l'autre en arrière, et qu'au-dessous des points d'insertion des trompes l'utérus était tordu sur son axe, en spirale; l'on ponvait réduire cette torsion, en imprimant à l'utérus, dans sa partie inférieure, un mouvement de droite à gauche, décrivant un angle de 180°.

La tumeur fut extirpée; l'opération fut complétée par la castration. Traitement intra-péritonéal de la plaie utérine. La cicatrisation s'est faite sans incident fâcheux. La tumeur pesait 5.650 grammes, après écoulement du sang qu'elle retenait.

Ce cas est à mettre en parallèle avec ceux publiés par Virchow, Küster, Schrœder et Skutsch, en ce sens que dans tons, la torsion utérine avait été occasionnée par la présence d'un myôme.

Les choses se présentaient différemment dans le second cas de Küstner. Le sujet de ce second cas, une femme D., s'était aperçu, depuis une année environ, d'une tuméfaction du ventre, qui avait commencé par le côté gauche. Cette femme avait mis au monde quatre enfants. Sa dernière couche remontait à une dizaine d'années. Toujours les choses s'étaient passées da la façon la plus naturelle. En l'examinant pendant qn'elle était plongée dans le sommeil anesthésique, on reconnut la présence, dans le ventre, d'une tumeur kystique, du volume d'une tête d'adulte, émergeant du petit bassin et remontant jusqn'à l'ombilic. En tirant dessus, on pouvait l'ameuer presque au contact du rebord des fansses côtes. Par la palpation bimanuelle on ponvait se rendre compte que la tumeur était implantée sur le rebord droit de l'utérus. Bref, on diagnostiqua une tumeur kystique des annexes de l'ntérus, à long pédicule.

Laparotomie, le 28 août dernier. La tumeur fut extraite intacte hors de la cavité abdominale; c'était un kyste parovarique, à long pédicule, tordu sur son axe, de droite à gauche. Avant de le tordre en sens inverse, ponr le ramener dans sa position naturelle, l'opérateur introduisit une main dans la cavité abdominale, pour se renseigner sur le mode d'implantation de la tumeur, et sur les annexes dn côté opposé; l'ovaire gauche n'était pas à sa place habituelle, il était situé à une assez grande distance en avant de la trompe gauche. On imprima ensuite au pédicule, de gauche à droite, un mouvement de torsion de 360°; dn même conp l'ovaire du côté sain se déplaça pour aller de la partie antérieure du bassin vers le côté gauche et reprendre finalement sa position normale, en arrière de l'utérus. On appliqua ensuite deux ligatures sur le pédicule de la tumeur, qui fut extirpé. L'ovaire sain était celui du côté droit; il était revenu en arrière de la trompe droite.

Donc, dans ce cas également le corps de l'utérus avait subi une torsion de 180°, torsion qui n'avait été que le prolongement et la suite de celle qu'avait subi la tumeur parovarique.

IV. — Une femme de 35 ans était parvenue au neuvième mois d'une quatrième grossesse. Elle était en train de laver du linge au bord d'un lac, lorsqne, prise soudain d'un vertige, elle tomba du lavoir dans l'eau. Elle fut retirée du lac presque aussitôt. Les personnes qui étaient accourues à son secours remarquèrent qu'elle perdait beaucoup de sang. Le médecin la vit environ un quart d'heure après l'accident; le plancher de la chambre était inondé de sang. La malade, couchée sur son lit, avait la figure d'une moribonde. Le médecin, croyant d'abord avoir affaire à une hémorrhagie intra-ntérine, pratiqua le toncher; le col était perméable au doigt; la tête de l'enfant se présentait à l'ouverture. Il n'y avait aucun indice de placenta prævia.

On fit à la malade des injections d'éther, sans réussir à la ranimer. Elle expira au bout de 5 on 6 minutes. Le médecin procéda immédiatement à l'opération césarienne, dans l'espoir d'extraire un enfant vivant. Quoique l'opération n'ait duré que 1 à 1/2 minute, l'enfant ne donnait plus signe de vie, et toutes le tentatives faites pour le ranimer échouèrent. L'inspection du cadavre fit constater au médecin qne l'hémorrhagie n'avait pas eu sa source dans l'utérus, que le sang provenait d'une grosse varice situé à la partie interne de la grande lèvre gauche, et qui s'était rompne au moment de l'accident. Selou toute vraisemblance, les parties génitales, au moment de la chnte, avaient porté sur un des pieux enfoncés dans le lac, à l'endroit du lavoir.

A rapprocher d'une observation d'hémorrhagie mortelle par rupture d'une varice sons-clitoridieune, publiée dans ce journal (*Gazette médicale de Paris*, 1886, n° 33. p. 388), par M. Paul Berthod.

V. — Une femme de 24 ans, parvenue au huitième mois d'une première grossesse, se sentant sur le point de défaillir, voulnt s'appuyer contre la paroi d'un corridor; elle glissa et tomba snr le sol, où elle resta étendue sans connaissance, perdant du saug par flots. Bientôt elle reudait son dernier soupir.

L'antopsie de cette femme ne fit trouver aucune trace apparente d'une violence extérieure. L'utérus présentait le développement qu'on lui trouve au huitième mois de la gestation. Il coutenait denx fœtus; les deux placentas étaient insérés latéralement, à un niveau assez élevé. L'utérus était intact partont. L'orifice interne et le canal cervical étaient obstrués par une masse vitreuse en bouillie. Immédiatement an-dessus dn meat uréthral existait une déchirure en forme de triangle, à

large base,et à sommet dirigé en arrière. Ce sommet aboutissait à l'orifice externe de l'urèthre. Les deux bords latéraux de la déchirure mesuraient 2 et 3 centimètres. Le vagin et les organes avoisinants ne présentaient rien d'anormal. L'hémorrhagie mortelle avait donc en sa source dans une déchirure traumatique de la portion de muqueuse,comprise entre le clitoris et le méat.

Je rappelle que dans une précédente revue (*Gazette médicale*, 1886, n° 5, p. 55) se trouvent relevés 6 cas d'hémorrhagies graves, mortelles dans 2 cas, consécutives à des lésions traumatiques du vagin, et 1 cas d'hémorrhagie mortelle consécutive à une lésion traumatique des organes génitaux externes chez une femme gravide.

VI. — Dans cette même revue se trouvaient relatés des exemples d'hémorrhagies graves et de lésions traumatiques du vagin, occasionnées par le coït. Voici 3 autres faits du même genre, curieux pour le moins par leur rareté :

Une jeune Russe, de 24 ans, mariée à un soldat, entre à l'hôpital, se plaignant de douleurs vives dans le dos et dans la région inférieure du ventre, d'hémorrhagies par les organes génitaux, de céphalalgie, de bourdonnements d'oreilles, d'une faiblesse générale et de fièvre. Elle racontait qu'elle avait été bien portante jusqu'à l'époque de son mariage, qui datait de six semaines. Après le premier coït, elle avait ressenti des douleurs dans le bas-ventre et pendant la miction, et c'est à partir de ce moment qu'elle avait perdu du sang par les organes génitaux.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, les températures axillaires relevées chez la malade étaient de 38°8 à midi, de 39° le soir. Le ventre était ballonné et douloureux, le pouls fréquent. Le pourtour du méat uréthral et l'entrée du vagin étaient rouge ; par la vulve s'écoulait un sang décomposé, brunâtre, fétide. Au toucher, on découvrait une solution de continuité de la paroi vaginale postérieure, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de ce conduit, de l'étendue d'une pièce d'un mark (environ un franc). Les bords de la solution de continuité étaient plus ou moins lisses, le fond déchiqueté. Du bord supérieur au bord inférieur s'étendait une bride très épaisse. Une seconde solution de continuité occupait la paroi supérieure du cul-de-sac postérieur. Les culs-de-sacs étaient résistants, très douloureux. A l'examen au spéculum (Sims), les deux solutions de continuité se présentaient sous la forme de deux dépressions irrégulières, recouvertes de caillots de sang décomposés et de pus fétide.

On fit des injections vaginales avec une solution de thymol, et on tamponna avec de la gaze iodoformée. Application d'une vessie de glace sur le bas-ventre ; opium et vin, à l'intérieur.

Pendant les dix jours qui suivirent, la situation de la malade s'aggrava : T. 40-41° ; sueurs profuses. La malade succomba le onzième jour, avec les symptômes d'une paralysie cardiaque.

L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'une rupture traumatique du vagin, avec infection consécutive des plaies, décomposition ichoreuse du tissu cellulaire et pyémie. Mais la lésion traumatique avait-elle été réellement occasionnée par le coït, ainsi que l'affirmait la malade? Pareilles affirmations, ajoute l'auteur, ne doivent être accueillies qu'avec septicisme. Mais dans le cas présent, elles avaient à leur appui certaines circonstances importantes, c'est-à-dire l'étroitesse du vagin, et l'absence de toute lésion des organes génitaux externes.

— La première observation de Franck, concerne une ouvrière de 32 ans, rentrée à l'hôpital de Prague, dans le service du professeur Schauta, avec les signes d'une anémie aiguë. A l'examen des organes génitaux internes, on constata qu'un fragment du cul-de-sac postérieur se trouvait arraché de la portion vaginale du col. La déchirure se continuait sur le col et se terminait dans le cul-de-sac à gauche. Elle mesurait 4 centimètres en longueur, 1/2 centimètre en travers. Le péritoine n'était pas entamé. La plaie fut recousue, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta. La cicatrisation se fit sans réaction. On apprit ensuite que deux heures avant son entrée à l'hôpital, la malade avait eu des rapports avec un homme, et qu'aussitôt après l'intromission du pénis, elle avait ressenti une violente douleur dans le ventre. Immédiatement après le coït, elle avait perdu du sang par la vulve. A noter que six mois auparavant cette femme avait accouché à terme, et que, avant son accident, elle avait déjà eu des rapports sexuels avec le même homme. Enfin, pendant le coït malfaisant elle se trouvait en position demi-assise.

La seconde observation de M. Frank concerne une femme avec vagin double et hymen bifenêtré.

Le conduit vaginal gauche était situé un peu plus en avant que celui de droite et aboutissait à un utérus normal ; l'autre se terminait à 4 centimètres au-dessus de l'entrée du vagin. La cloison intermédiaire était entamée à 1/2 centimètre de l'hymen, lequel était lui-même déchiré dans sa moitié droite et intact dans sa moitié gauche. C'est-à-dire que lors d'un premier coït, la moitié droite de l'hymen et la cloison intermédiaire aux deux conduits vaginaux avaient été lacérées, et le membre viril s'était engagé dans le vagin de gauche.

E. RICKLIN.

## REUUE DES THESES

ETUDE SUR LA MALADIE DES TICS CONVULSIFS par M. CATRON. (Thèse de Paris, 1890.)

La maladie des tics (maladie de Gilles de la Tourette) est héréditaire et débute ordinairement dans l'enfance par des troubles moteurs (petits tics convulsifs) systématiques et toujours les mêmes chez le même individu ; ils s'effectuent avec soudaineté et rapidité, peuvent diminuer sous l'influence de la volonté, cesser pendant le sommeil, disparaître pendant une maladie fébrile pour reparaître ensuite. Il y a des phases de rémission et d'exacerbation. La maladie peut rester à cette première période pendant des années et même ne pas la franchir. La période des grands tics qui lui succède est caractérisée par des périodes d'excitation, pendant lesquelles le malade pousse subitement un cri inarticulé, qui plus tard peut devenir articulé et prendre les caractères de l'écho (écholalie) ; le symptôme pathognomonique de la maladie à cette période est la coprolalie, le même juron, le même terme ordurier revenant à chaque instant sur les lèvres du malade, et se produisant en même temps que des secousses musculaires. Les tiqueurs sont des déséquilibrés ; la maladie peut avoir des rémissions, mais elle ne guérit pas.

F. DELÉAGE.

DE L'ACTION DU FROID AVEC OU SANS PRESSION SUR LES ÊTRES INFÉRIEURS, par le Dr MADEUF. — Paris, Ad. Reiff, 1890.

La surfusion de l'eau, soit à l'air libre, soit sous pression, a conduit l'auteur à rechercher ce que deviendraient les êtres inférieurs placés dans un tel milieu.

A l'action du froid, il a ajouté celle de la pression, mais pour

obtenir un abaissement de température de quelques degrés, il faut une pression considérable incompatible avec la vie, même chez les êtres inférieurs.

Quelle sera l'action combinée du froid et de la pression sur les microbes?

C'est ce que M. Madeuf se propose d'étudier, afin de compléter ses recherches déjà pleines d'intérêt.

Les produits odorants des rosiers. Étude de botanique médicale, par le Dr R. E. Blondel. — Paris, O. Doin, éditeur, 1890.

Si cet important travail offre peu d'intérêt au point de vue purement médical, il sera lu avec profit par tous ceux qui s'intéressent à la botanique et à la chimie.

La première partie comprend une description détaillée de toutes les espèces de roses et plus particulièrement des variétés odorantes susceptibles de donner en quantité et en qualité l'essence de rose.

Dans la seconde, l'auteur s'est appliqué à étudier le siège du parfum, ses éléments producteurs et les conditions physiologiques de sa formation (une planche fort bien faite aide à la compréhension des détails histologiques). L'étude chimique de l'essence de rose est traitée dans tous ses détails, ainsi que les procédés de distillation employés dans les différents pays.

La partie relative à l'extraction de l'essence de rose à l'aide des corps gras est un peu écourtée; ce genre de fabrication méritait un chapitre spécial et, quoiqu'il n'ait pas encore prévalu sur la distillation, il y avait lieu de décrire les procédés et les nouveaux appareils mis en usage dans l'industrie.

Contributions a l'étude de la désassimilation de l'azote, l'acide urique et la fonction rénale chez les invertébrés, par P. Marchal. — Paris, 1889.

Malgré les nombreux travaux publiés sur la formation de l'acide urique dans l'organisme des vertébrés supérieurs et sur le rôle dévolu au rein dans la désassimilation des matières azotées, il existe encore de nombreuses obscurités sur le fonctionnement de cet organe, suivant qu'on le considère comme une glande ou comme un appareil à filtration.

Ces *desiderata* de la chimie physiologique ont conduit l'auteur à étudier la fonction rénale et la formation de l'acide urique chez les invertébrés.

La partie la plus intéressante de ces recherches est la découverte de la présence, dans certains organes, de produits de désassimilation analogues aux alcaloïdes animaux isolés par A. Gautier.

Les conclusions générales indiquent que cette importante question n'est qu'à peine ébauchée, aussi nous souhaitons que M. Marchal ne tarde pas à compléter cet important et si minutieux travail.

Dr L. Florain (d'Orléans).

## BULLETIN

### LA NOUVELLE COMMUNICATION DE M. LE PROFESSEUR R. KOCH SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

Le grand événement de la semaine a été la publication des nouvelles recherches de M. Koch sur le traitement de la tuberculose. Pour répondre au vif intérêt qui s'attache à ce travail, nous nous sommes empressé d'en donner, dans le numéro du *Journal des Sociétés scientifiques* de mercredi dernier, une traduction textuelle faite par notre collaborateur, M. Ricklin, d'après la *Deutsche-medicinische Wochenschrift*, qui a été, en cette circonstance, l'organe officiel du professeur allemand. Nos lecteurs ont ainsi sous les yeux un texte précis, exact de cet important document.

Il est regrettable que, par suite des circonstances dont il parle, M. Koch ait été ou se soit cru obligé de publier ses recherches avant d'avoir pu les compléter et donner ainsi, dès le début, des renseignements précis sur l'origine et la préparation de la substance employée, son mode d'action et ses effets tant éloignés qu'immédiats. Mais ce n'est là qu'une question de temps, et l'on peut être certain que notre savant confrère d'outre-Rhin tiendra l'engagement qu'il a pris de répandre dans le domaine public toutes les notions relatives à l'application de la méthode. Il n'y a donc qu'à attendre; mais, d'autre part, il est bien difficile, en présence d'une découverte de cette importance, de ne pas se laisser aller à quelques conjectures, ou tout au moins à quelques réflexions.

M. Koch donne le nom de médicament ou de remède, non celui de *vaccin* au liquide qu'il emploie pour les injections. Ce liquide contient probablement, entre autres éléments, des produits bactériens dont la toxicité est particulièrement intense chez l'homme, si l'on en juge par les symptômes généraux survenus après l'injection d'une dose minime. Or, ce sont ces propriétés toxiques, de préférence à l'action vaccinante, que semble vouloir utiliser la nouvelle méthode. Le liquide, en effet, n'est pas bactéricide, car les bacilles ne sont pas détruits et peuvent même, s'ils ne sont pas éliminés avec le tissu tuberculeux mortifié, produire une récidive en se développant sur les tissus vivants du voisinage. On pourra sans doute combattre cette récidive comme l'atteinte primitive, mais l'immunité sera-t-elle durable? M. Koch ne peut encore que poser la question et d'une manière fort douteuse. En tout cas l'immunité ne se produirait pas ici comme dans les méthodes de vaccination employées jusqu'à ce jour.

Ce qu'il y a certainement de plus surprenant et de plus remarquable dans la méthode du professeur allemand, c'est l'action élective, spécifique du médicament contre le processus tuberculeux, action qui permet à la fois d'éclairer le diagnostic et d'instituer un traitement curatif. De même que le mercure et l'iodure de potassium, dans les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, manifestent leur action par des modifications des lésions locales, de même le liquide de M. Koch agit spécialement et localement sur les tissus envahis et altérés par le bacille de la tuberculose. Il y a toutefois entre ces deux ordres de phénomènes une différence notable, qui tient sans doute à la différence de nature des agents.

Dans le traitement antisyphilitique, la dose du médicament est proportionnée à l'étendue, à la multiplicité, à la gravité des lésions, et l'on peut ajouter que la tolérance du malade est généralement en rapport avec ces mêmes conditions.

Il n'en est plus ainsi avec l'agent thérapeutique de M. Koch. Plus les lésions tuberculeuses sont multiples et étendues, plus la réaction générale, sous l'effet d'une même dose, est intense, ou, ce qui revient au même, moins la tolérance de l'organisme est grande, et par conséquent plus la dose employée doit être faible. Cette dose augmente pour les injections successives, au fur et à mesure que les foyers tuberculeux diminuent, si bien que lorsqu'ils ont tous disparu, que la guérison est complète, et sans que, suivant M. Koch, on puisse invoquer l'accoutumance, on peut employer, sans donner lieu à une réaction générale notable, une dose cinq cents fois plus forte que la dose primitive.

An point de vue de la physiologie pathologique, les nouvelles

recherches de M. Koch soulèvent donc des questions d'un haut intérêt.

Sous le rapport des applications pratiques, il importe de ne pas se laisser aller à un enthousiasme prématuré et d'imiter la réserve dont le professeur allemand donne lui-même le sage exemple. On rencontre partout et toujours des gens plus royalistes que le roi. Pour beaucoup, le remède de la tuberculose est définitivement trouvé. M. Koch et ses collaborateurs doivent à l'heure actuelle être assaillis par des médecins qui demandent des tubes du précieux liquide, et par des malades qui viennent se soumettre au traitement. D'aucuns vont plus loin encore et entrevoient le moment, déjà prochain, où l'injection exploratrice du liquide de M. Koch se répandra et deviendra même obligatoire au même titre que la vaccination ou la revaccination. La tuberculose deviendra alors aussi rare que la variole. Sans être sceptique, sans vouloir enrayer l'esprit de découverte, il est permis de résister à un semblable entraînement et de vouloir soumettre les faits nouveaux au contrôle d'une critique expérimentale plus longue et plus approfondie.

Et d'abord l'application de la méthode de M. Koch est-elle toujours d'une innocuité parfaite? La double réaction générale et locale, parfois si intense, qui suit l'injection, ne présente-t-elle pas des dangers? A en croire certains bruits, dont nous nous faisons l'écho sous toutes réserves, on aurait eu déjà à déplorer quelques cas de mort. Voilà un premier point qui mérite de fixer l'attention.

Il en est un autre sur lequel il importe que l'opinion publique soit bien éclairée: c'est que l'agent thérapeutique de M. Koch ne constitue pas un remède, comme on l'entend généralement dans le monde, qui, par sa propre et seule vertu curative, guérit la tuberculose. Son action ne s'exerçant ni sur les bacilles, ni sur les tissus morts ou nécrosés, qui doivent être éliminés, le nouveau mode de traitement laisse encore une part importante, au point de vue de la guérison définitive, à l'intervention de la chirurgie, de la médecine et de l'hygiène.

Sans doute, cette intervention deviendra moins fréquemment nécessaire si, comme l'espère M. Koch, on arrive un jour à diagnostiquer dans tous les cas la tuberculose dès ses débuts, soit par l'examen bacillaire des produits de sécrétion, soit et surtout par l'injection d'essai qu'il préconise. Mais même alors, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables, la méthode nouvelle met-elle à l'abri des récidives et quelle est la durée de l'immunité consécutive à ses effets immédiats? Ainsi que nous l'avons dit plus haut, cette double question reste ouverte et ne peut recevoir une solution qu'après une expérimentation suffisamment prolongée.

En résumé, la communication de M. Koch contient, au point de vue de la physiologie pathologique, des faits d'un haut intérêt. Au point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie de la tuberculose, à côté d'un certain nombre de faits acquis, elle permet de concevoir de grandes espérances. Nous devons tous souhaiter que ces espérances se confirment. En attendant, et quoi que réserve l'avenir, il faut reconnaître que M. Koch a ouvert des horizons nouveaux et on ne saurait lui marchander les suffrages dus à son esprit inventif, à ses intelligents et persévérants efforts.

Dr F. DE RANSE.

---

# NOTES ET INFORMATIONS

## Le budget de l'Assistance publique.

La commission du budget du conseil municipal de Paris vient d'adopter le rapport que M. Paul Strauss a rédigé sur le budget de l'Assistance publique.

Les dépenses totales proposées par la commission se chiffrent par 41 millions 979.000 francs, en réduction de 300.000 francs environ sur les propositions de l'administration. Les dépenses ordinaires sont de 37 millions 790.000 francs et les dépenses extraordinaires de 4 millions 189.000 francs.

Les dépenses ordinaires sont réparties en six sections. La première comprend les dépenses spéciales d'administration; elle s'élève à 2 millions 163.500 francs. La seconde concerne les charges spéciales des revenus; elle a été évaluée à 577.800 fr. Dans la troisième, la plus importante, sont compris le service de santé et les services économiques des hôpitaux et hospices, leur dépense prévue est de 25.605.000 francs. La répartition de ce crédit est ainsi faite : Personnel médical, 973.100 francs; personnel attaché au service des administrés, 1.714.100 francs; réparations de bâtiments, 997.000 francs; pharmacie, 1 million 211.700 francs; boulangerie, 1.716.700 francs; boucherie, 3.308.300 francs; cave, 2.047.500 francs; comestibles, 3 millions 445.300 francs; chauffage, éclairage, 2.028.700 francs; blanchissage, 775.200 francs; mobilier, couchage, linge, habillement, 3.293.200 francs; appareils de chirurgie, 666.500 fr.; frais et transports, 233.000 francs; loyers, eaux, salubrité, dépenses diverses, 976.830 francs; frais des diverses exploitations, 218.300 francs. La quatrième section, relative au service des secours, se chiffre par 9.583.800 francs. Elle comprend, notamment : 6.509.800 francs d'allocations aux bureaux de bienfaisance, 1.119.000 francs de fonds mis à la disposition de l'administration centrale, 520.000 francs pour le service des accouchements, 882.000 francs de secours à domicile, 65.000 fr. pour les anciens enfants assistés ayant plus de 21 ans et 486.000 francs pour secours préventifs contre les abandons d'enfants, tels, par exemple, que les subsides aux mères nécessiteuses.

Dans la cinquième section sont rangées les fondations ayant un revenu distinct : ce sont les fondations Montyon, Boulard, Brézin, Devillas, Chardon-Lagache, Lenoir-Jousserand, Ribontté-Vitalis, Moïana, Lambrecht, Galignani, Rossini et le domaine des Enfants-Assistés.

Enfin, un fonds de réserve de 200.000 francs constitue la sixième section des dépenses ordinaires.

Dans les 4.189.000 francs de dépenses extraordinaires figurent 1.200.000 francs à provenir des fonds d'emprunts, et 2.989.600 francs pour acquisitions et emplois de dons et legs.

Pour couvrir les dépenses ordinaires, l'Assistance publique de Paris a 6.609.000 francs de revenus propres : rentes, loyers d'immeubles, coupes de bois ou fermages; 3.632.000 francs de droits attribués sur les spectacles, bals et concerts, sur le Mont-de-Piété et les concessions dans les cimetières; 3 millions 369.800 francs de recettes intérieures telles que le remboursement de frais de séjour et de pension dans les établissements hospitaliers; 3.716.500 francs comme produit des reventes d'objets provenant des magasins généraux; 1.659.400 francs provenant des fondations ayant un revenu distinct; enfin 18.923.000 francs de subventions dont 18.693.000 francs de la Ville de Paris et 130.000 francs du département.

***

SOCIÉTÉ DES AMBULANCES URBAINES DE BORDEAUX. — L'exemple de Paris est suivi en province. L'ouverture du premier poste

de secours, à Bordeaux, a eu lieu mercredi 12 novembre. Il est situé rue Lucien-Faure, quartier de Bacalan.

Les ouvriers blessés dans les usines, ateliers, fabriques et chais, sur la voie publique, sur les chantiers des quais on sur les navires en rade, les noyés et les asphyxiés, les personnes atteintes d'indispositions subites, recevront gratuitement les premiers soins dans ce poste, où se tiendront en permanence un élève médecin et un infirmier.

Le poste est muni de tous les médicaments et objets de pansement nécessaires, y compris des brancards pour le transport des blessés et des appareils à gaz oxygène pour rappeler les noyés à la vie.

Seize étudiants en médecine de quatrième et de cinquième année assureront à tour de rôle le service médical de ce poste, sous la surveillance des médecins membres actifs de la Société.

## NOUVELLES

### Facultés et Écoles de médecine des départements

— *Faculté de médecine de Bordeaux*. — M. Chevallier, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint de physique (emploi nouveau).

M. Princeteau (Laurent-Raphaël), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Planteau, appelé à d'autres fonctions.

M. Roux, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Favrel (Georges), pharmacien de première classe, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Bonnans, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté mixte de médecine de Lyon*. — M. Amiel (Hyacinthe-Charles), est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Coque, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — M. Estor, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Rauzier, chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. le docteur Friot est nommé chef des travaux du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Vallois, appelé à d'autres fonctions.

***

### Corps de santé de la marine.

Sont nommés :

*Au grade de médecin en chef* : M. Bonnafy, médecin principal.

*Au grade de médecin principal* : MM. les médecins de 1re classe : 1er tour (ancienneté), Caradec. — 2e tour (choix). Frison. — 1er tour (ancienneté). Maurin. — 2e tour (choix). Baissade.

*Au grade de médecin de 1re classe* : MM. les médecins de 2e classe : 3e tour (choix). Girard. — 1er tour (ancienneté). Laborde. — 2e tour (ancienneté). Mazet. — 3e tour (choix). Duville. — 1er tour (ancienneté). Le Gac. — 2e tour (ancienneté). Thomas. — 3e tour (choix). Leclerc. — 1er tour (ancienneté). Ménier. — 2e tour (ancienneté). Babot.

*Au grade de médecin de 2e classe (Réserve)*. M. Rousselin, ancien médecin de 2e classe de la marine.

La commission de classement des médecins de la marine est composée de MM. Bérenger-Féraud, Cunéo et Merlin.

***

### Corps de santé militaire.

Sont nommés :

*Au grade de médecin-major de 2e classe (Activité)* : MM. les aides-majors de 1re classe Prost-Maréchal et Amiet.

*Au grade de médecin aide-major de 1re classe* : Les médecins aides-majors de 2e classe Vincent, Licht, Bassères, Viéron, Bardot, Anglas, Guibband, Fancillon, Watrin, Barbot, Gary, Piedpremier, Delaborde, Lenez, Mendès-Bonito, Lambard, Barthélemy, Cuche, Fosse, Lansac, Gaillard, Armynot du Chatelet, Vitoux, Danjou, Lejeune, De Vernejoul, Provendier, Salis, Ravoux, Esprit, Senesse-Gilles, Denmie, Sicard, Millière, Habert, Dumont, Michel, Gauillard, Cavalier-Beneze, Pascal, Cambours-Mouflet, Lœuillet, Louis, Dubar, Guillaume.

(Armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : M. le Dr E. Lévy.

***

*Académie de médecine* — M. Meillière, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, est nommé chef des travaux chimiques de l'Académie.

***

*Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts*. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts aura lieu dans les premiers jours du mois de février 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée au moyen d'une nouvelle insertion dans le *Journal officiel* et dans les journaux de médecine.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national, le samedi 3 janvier, au plus tard.

***

*Concours pour les médecins de bureaux de bienfaisance*. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les neurologistes donnent actuellement la préférence aux agents physiques, tels que l'air, l'eau, la lumière, le mouvement, l'électricité, dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. En effet, l'une des principales causes du nervosisme contemporain résidant dans les conditions anormales de la vie, on comprend l'importance d'un régime hygiénique rationnel pour le combattre. Aussi la thérapeutique actuelle des névroses cherche-t-elle le salut des malades dans une vie régulière, dans une bonne alimentation, dans la régénération physique et l'éducation morale. Ce sont ce que l'on peut appeler les remèdes naturels et c'est à l'étude de leur application que M. le professeur Kovalevsky, de l'Université de Kharkoff (Russie), consacre le livre qu'il publie chez l'éditeur Félix Alcan, sous le titre **Hygiène et Traitement des Maladies mentales et nerveuses.** 1 vol. in-8°, 5 fr.

*J.-B. Baillière et fils, éditeurs rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain, Paris.*

**Les poisons de l'air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, asphyxie et empoisonnement** par les puits, le gaz de l'éclairage, le tabac à fumer, les poêles, les voitures chauffées, etc., par H. Gréhant, Lauréat de l'Institut. — Paris. 1890, 1 vol. in-18 de 320 p. avec 21 fig. Prix : 3 fr. 50.

**La Prostitution à Paris**, par Émile Richard, président du Conseil municipal de Paris. — Paris, 1890, 1 vol. in-16 de 296 pages avec graphiques. Prix : 3 fr. 50.

**L'hygiène à Paris. L'habitation** du pauvre, par le Dr O. Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes. Avec une préface, par Jules Simon, de l'Institut. — Paris, 1890, 1 vol. in-16 de la Bibliothèque scientifique contemporaine, de 222 pages. Prix : 3 fr. 50.

**Du traitement des kystes hydatiques du foie.** Méthode éclectique de Bonveret, par le Dr Louis Minjard. — Paris, 1890, br. gr. in-8 de 75 pages. Prix : 2 fr.

*Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.*

**Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement** employés en gynécologie à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon Duplay. — In-18 de 192 pages, avec 44 fig. dans le texte. Prix : 2 fr.

*Librairie A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.*

**Leçons de Gynécologie opératoire**, par Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, et Lutaud, professeur libre de Gynécologie à l'Ecole pratique. — 2e édition, 1 vol. in-8°, avec 200 fig. Prix : 10 fr.

*Publications du Progrès médical, Paris, 14, rue des Carmes.*

**Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et sur ses diverses formes**, par le Dr Régnier, volume in-8°, de 169 pages. Prix : 3 fr. 50.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 NOVEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 1. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3.— Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 213. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 50. — Méningite, 33, — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10.—Maladies organiques du cœur, 60.— Bronchite aiguë, et chronique, 75. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 80. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 64. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 38. — Suicides et antres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnnes, 7. — Total 979.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

### DE LA MÉMOIRE DANS L'HYPNOTISME

par M. le professeur A. Pitres.

(*Suite et fin*) (1).

2° *Les personnes qui ont été hypnotisées ne conservent, après le réveil, aucun souvenir de ce qu'elles ont fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique.*

Cette loi, établie par les expériences des anciens magnétiseurs, a été vérifiée par Braid et par tous les observateurs modernes. Elle est on ne peut plus facile à contrôler : J'endors une de nos malades par la fixation du regard, et, quand elle est endormie, je la prie de me confier sa bague, à laquelle elle tient beaucoup. Quand elle l'a remise entre mes mains, je la réveille en lui soufflant brusquement sur les yeux. Puis, quelques instants après, je lui demande ce qu'elle a fait de sa bague. Elle paraît toute surprise de ne plus l'avoir au doigt; mais elle interroge en vain ses souvenirs : il lui est impossible de se rappeler ce qu'elle est devenue.

Deux exceptions à cette loi peuvent se produire :

a) Dans certains cas, les sujets interrogés sur ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis sont tout d'abord incapables de répondre; mais, si on les met sur la voie, ils arrivent à se rappeler les événements sur lesquels on appelle leur attention, comme on se souvient parfois d'un rêve qui s'était effacé de la mémoire et qui revient à l'esprit par suite d'une association d'idées ou d'impressions qui en rappelle brusquement le souvenir.

Exemples : M. Heidenhain récite devant son frère hypnotisé un vers d'Homère. Après l'avoir réveillé, il lui parle d'Homère, et le jeune homme répète intégralement le vers qu'il vient d'entendre (1). M. Ch. Richet endort un de ses camarades et l'épouvante en lui suggérant l'idée d'un serpent imaginaire. Une fois réveillé, le sujet ne se rappelle plus rien de ce qui s'est passé. Mais M. Richet insiste; il lui dit qu'il s'est levé, qu'il a eu peur. « Ah ! oui, s'écrie alors le sujet, je me souviens : tu m'as fait voir un serpent (2). »

Ces observations sont très certainement exactes. Toutefois il est exceptionnel qu'elles réussissent. J'ai souvent essayé de les répéter et je n'ai jamais obtenu les résultats de MM. Heidenhain et Ch. Richet.

b) Lorsqu'on a créé dans l'esprit des personnes hypnotisées une hallucination sensorielle et qu'on réveille ces personnes pendant qu'elles sont sous l'impression de l'hallucination, le souvenir de l'image évoquée pendant le sommeil persiste un

(1) Voir le numéro précédent.

(1) Heidenhain, *Über die sogenannte thierische Magnetismus*. Leipzig, 1880.
(2) Ch. Richet, *op. cit.*, p. 192.

## FEUILLETON

### DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

VELPEAU PEINT PAR LUI-MÊME.

(*Suite*) (1).

« Le médecin m'interrogea, se mit de la partie, avec le précepteur et ce monsieur, ils firent quelques démarches et me conduisirent à Tours, en laissant mes pauvres parents dans la désolation, le 28 avril 1816. Je me logeai à 6 fr. par mois et je me nourris avec un pain et un pot de fromage que m'envoyait ma mère chaque semaine. M. Gouraud m'admit à l'hôpital où je trouvai quinze mauvais coquins plus disposés à se moquer de moi, qu'à m'instruire. Je gardai le silence, me chargeai de presque tous les pansements et finis par être *supporté*. Libre de mon temps, je dévorai les livres. Pendant six semaines, j'allai aux leçons d'un professeur de collège, M. Guyonnet, mais je n'étais pas de caractère à suivre mot à mot son *de viris*. Un livre m'en indiquant un autre, je laissai tous les maîtres et me mis à étudier tout à la fois, le latin, le français, la géographie, l'histoire, l'anatomie, la physiologie et toutes les autres branches de la médecine.

« Au mois d'octobre, il y eut une révolution dans l'hôpital. M. Mignot fut chargé du service; presque tous les élèves sortirent; mon zèle avait été remarqué; on eut besoin de moi; je continuai de faire tous les pansements et je me chargeai en outre du service de la pharmacie. J'eus une chambre et ma pension dans l'hôpital, moyennant 150 fr. par an. Au bout de quinze mois j'en savais autant que les autres qui n'ont jamais connu mon histoire et se sont toujours imaginé que j'avais fait des études médicales ailleurs. Le Jury passe à Tours, je suis reçu officier de santé! On me permet de rester à l'hôpital sans payer. Je vois M. Bretonneau, j'entre dans son service. Dès lors je ne le quitte plus, ses livres, ceux de M. Leclerc,

(1) Voir le numéro 46.

moment après le réveil, de telle sorte que le sujet, revenu à l'état normal, croit encore au moins pendant quelques instants, à la réalité de l'hallucination provoquée. M. Paul Richer a décrit, le premier, ce curieux phénomène dans les termes suivants :

« L'idée fixe éveillée par l'expérimentateur et qui prend corps dans une hallucination peut, dans certains cas, survivre au sommeil. L'impression cérébrale localisée persiste malgré le retour à la connaissance, et bien qu'ayant repris possession de ses sens et de sa conscience, au point de paraître jouir de toute sa raison comme avant l'expérience, la malade n'en persiste pas moins à divaguer sur un seul point en rapport avec l'hallucination provoquée. C'est ainsi qu'elle continue à voir, par exemple, un oiseau dont on a évoqué l'image pendant l'état hypnotique. Sur tout autre objet, son intelligence, de même que ses sens, ne saurait être mise en défaut ; mais malgré l'affirmation de ceux qui l'entourent, il y a là un oiseau qu'elle voit et qu'elle touche avec une conviction si profonde qu'à ses yeux tous ceux qui lui affirment le contraire ne le font que pour se moquer. Cette impression cérébrale peut persister quelque temps, mais elle finit par s'effacer et disparaître en entraînant avec elle la conviction qu'elle entretenait. Il est curieux de voir la malade, interdite, chercher comment l'oiseau a disparu et se demander si elle n'a pas été le jouet d'un rêve, sans cependant arriver à s'en rendre un compte exact (1). »

M. Pierre Janet (2) a constaté également que, si on réveille brusquement certains sujets au milieu d'un acte ou d'un mouvement suggéré, le sujet en conserve le souvenir comme après un rêve (3).

(1) Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie* 2e édition, Paris, 1885, p. 770.

(2) Pierre Janet, *Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué* (*Revue philosophique*, 1886. t. XXII, p. 577).

(3) Lorsqu'on a ordonné à une personne hypnotisée d'accomplir un acte déterminé *après son réveil*, il arrive presque toujours que l'acte commandé est exécuté ponctuellement à l'heure dite. Mais le souvenir de son exécution ne laisse en général aucune trace dans la mémoire. Le sujet agit dans un moment où il paraît jouir de l'intégralité de ses facultés intellectuelles; il semblerait par conséquent qu'il dût se souvenir de ses actes comme l'on se souvient de ce que l'on fait sciemment lorsqu'on est à l'état normal. Eh bien! l'observation apprend que les choses ne se passent pas ainsi. L'acte commandé est accompli, et aussitôt après il est oublié. J'ai fait à ce sujet quelques expériences dont on trouvera le résumé dans l'ouvrage de M. Gilles de La Tourette (*L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, Paris, 1887, p. 157 et suivantes). M. Beaunis a obtenu des résultats identiques (*Le somnambulisme provoqué*, p. 121). L'oubli immédiat de l'exécution des actes commandés pendant le sommeil et accomplis après le réveil dans l'état de veille somnambulique, paraît donc être un fait constant dont, le cas échéant, il serait utile de tenir compte dans l'appréciation de certaines affaires médico-légales.

3° *Les personnes en état de somnambulisme spontané ou provoqué se souviennent de tout ce qu'elles ont appris soit dans l'état de veille normal soit dans les états hypnotiques antérieurs.*

Nous venons de voir que le souvenir de ce qui s'est passé pendant la durée du sommeil hypnotique s'efface après le réveil, de telle sorte que les sujets, revenus à l'état de veille normal, ne se rappellent plus rien de ce qu'il ont fait ou appris pendant qu'ils étaient endormis. La reviviscence de ces souvenirs effacés à l'état de veille se produit cependant avec la plus grande facilité quand le sujet est de nouveau placé dans l'état de sommeil hypnotique. D'où il résulte que la mémoire a une étendue plus grande dans le sommeil artificiel que dans la vie ordinaire. Cela paraît paradoxal, et pourtant cela est. Des faits innombrables le démontrent de la façon la plus positive. Je vous citerai seulement les suivants qui sortent un peu de la banalité des expériences courantes.

Le 23 janvier 1884, une de nos malades, Catherine Lab..., s'assit sur le balcon de pierre qui borde la galerie du premier étage tout autour de la grande cour centrale de l'hôpital. A ce moment le soleil éclairait fortement le bassin qui se trouve au milieu de cette cour. Fascinée par le reflet éclatant de la lumière sur la nappe d'eau, Catherine passa sans s'en douter de l'état de veille à l'état cataleptoïde les yeux ouverts. Elle subit l'attraction qui caractérise le phénomène de la prise du regard, se pencha sur la rampe, perdit l'équilibre et tomba lourdement d'une hauteur de six mètres sur le pavé de la cour. Quand on la releva, elle était encore endormie. On la transporta dans son lit sans la réveiller. On constata qu'elle avait quelques contusions sans gravité sur différents points du corps et une fracture de l'extrémité inférieure du péroné droit; on la déshabilla, on plaça sa jambe dans un appareil de fracture, et quand tout fut terminé, on la réveilla. Elle n'avait aucun souvenir de l'accident qui lui était arrivé et ne s'expliquait pas comment elle se trouvait au lit, les membres meurtris et la jambe immobilisée dans un appareil. On lui cacha longtemps ce qui s'était passé, et il était fort curieux d'entendre cette femme se plaindre, à l'état de veille, de l'immobilit[é]

m'alimentent pendant quelque temps. J'apprends un peu de grec, liaison avec Cottereau.

« La diphthérie survient. — En 1818 je suis nommé premier élève avec 200 francs d'appointements ; je fais un peu de clientèle. Je rembourse les 300 francs que M. Bénard m'avait prêtés pour ma réception d'officier de santé. Jalousie du fils Miquel, qui finit par venir à Paris. Démêlés avec son père et l'administration en 1819. Je sors de l'hôpital le 1er avril 1820 avec 400 francs dans ma poche et ayant pourtant osé dire que si je parvenais à toucher le pavé de Paris, on ne m'en ferait pas facilement sortir.

« Je descends et me loge rue du Foin, hôtel des Abeilles, à 7 francs par mois. Ah! mon cher ami, que de choses à voir, à entendre ! Je m'arrange de manière à pouvoir suivre chaque matin, l'Hôtel-Dieu, le Val-de-Grâce, la Charité et parfois l'hôpital des Enfants. Le voyage avait déjà enlevé 30 francs de mon magot. Comment faire ? j'achète du pain de munition, du fromage de Marolle et je vis pour dix sous par jour. De sorte que je ne dépensai que cent francs dans l'espace de quatre mois. Au mois d'août, Cloquet me donne le service d'un absent à Saint-Louis, bientôt on m'y loge; mais l'hiver approche, que devenir? je n'ai plus que 200 francs : l'idée de quitter Paris m'accable. M. Bretonneau s'en aperçoit et de concert avec M. Mignot et M. Leclerc, il m'envoie dix louis. Ma fortune est faite; je suis plus heureux qu'un roi. Deux sœurs à Saint-Louis trouvent moyen de me nourrir. Je prépare le cours de Cloquet, rencontre 8 élèves à diriger, qui me donnent chacun 40 francs. Je concours pour l'Ecole pratique et suis reçu. L'été suivant, je fais un cours de petite chirurgie, j'obtiens le prix d'anatomie et de physiologie à l'Ecole pratique. Au mois d'août, je suis nommé aide par concours, avec Bouvier, Blandin et Amussat au mois de novembre. J'ai 20 élèves à faire disséquer tout l'hiver à 60 francs. Je déjeune à 9 heures le matin, avant de sortir de l'hôpital et j'y rentre pour dîner. En 1822, cours de petite chirurgie et de bandages, anatomie descriptive et des régions; pour l'hiver, 45 élèves.

« 1823, cours d'accouchements ; je passe ma thèse au mois de mai. Depuis un an arrivée à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, a[u]

à laquelle on la condamnait et raconter, lorsqu'on l'endormait, les moindres détails de l'accident qui avait provoqué la fracture. Elle ne connut la vérité qu'au bout de plusieurs semaines, par l'indiscrétion d'une de ses compagnes.

M. le Dr Dufay, sénateur du Loir-et-Cher, a publié l'observation d'une jeune fille qui, dans un accès de somnambulisme, avait serré dans un tiroir des bijoux appartenant à sa maîtresse. Celle-ci, ne retrouvant plus ses bijoux à la place où elle les avait laissés, accusa sa domestique de les lui avoir volés. La pauvre fille protestait de son innocence, mais elle ne pouvait donner aucun renseignement sur les causes de la disparition des objets perdus. Elle fut mise en prison à Blois. M. le Dr Dufay était alors médecin de cette prison. Il connaissait la prévenue pour avoir fait jadis sur elle quelques expériences d'hypnotisme. Il l'endormit et l'interrogea sur le délit dont elle était accusée. Elle lui raconta alors, avec tous les détails désirables, qu'elle n'avait jamais eu l'intention de voler sa maîtresse, mais qu'une nuit il lui était venu à l'idée que certains bijoux appartenant à cette dame n'étaient pas en sûreté dans le meuble où ils étaient placés et que dès lors, elle les avait serrés dans un autre meuble. Le juge d'instruction fut informé de cette révélation. Il se rendit chez la dame volée et trouva les bijoux dans le tiroir indiqué par la somnambule. L'innocence de la prévenue fut ainsi clairement démontrée, et la malade fut aussitôt rendue à la liberté (1).

M. Dyce raconte qu'une jeune fille, sujette à des accès de somnambulisme spontané, fut livrée par une domestique à la brutalité d'un jeune homme qui abusa d'elle pendant un accès. A son réveil, elle n'avait aucune connaissance de l'outrage subi; mais quelques jours plus tard, étant retombée en somnambulisme, elle raconta à sa mère tout ce qui s'était passé (2).

M. Dumontpallier a vu une hystérique qui fut engrossée par un étudiant en médecine dans l'état somnambulique. Éveillée, elle ignorait de la meilleure foi du monde l'origine de sa grossesse. Endormie, au contraire, elle racontait toutes les circonstances dans lesquelles le crime avait été commis (3).

(1) Dufay, *Le dédoublement de la personnalité*, (Revue Scientifique, 1er décembre, 1885, p. 703.)

(2) Dyce, *Edinburgh philosophical Transaction*, cité par Azam, *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*, Paris, 1887, p. 255.

(3) Ce fait est rapporté dans le *Temps* du 30 mars 1888 et reproduit dans le mémoire de M. Ladame : *L'hypnotisme et la médecine légale* (Extrait des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*, Lyon, 1888.)

De même les personnes accouchées ou opérées pendant le sommeil hypnotique ne conservent, après le réveil, aucun souvenir des souffrances qu'elles ont éprouvées.

Il est inutile de multiplier les exemples. La loi d'après laquelle le souvenir de ce qui s'est passé pendant le sommeil hypnotique spontané ou provoqué est perdu dans l'état de veille et reprend toute sa vivacité dans les états hypnotiques ultérieurs, est au-dessus de toute contestation. Elle ne se trouve en défaut que lorsque les influences perturbatrices des suggestions entrent en jeu, ainsi que nous allons le voir maintenant.

III

Le premier observateur qui ait nettement indiqué la possibilité d'agir, par voie de suggestion, sur la mémoire des sujets hypnotisés est, si je ne me trompe, le général Noizet. Doué d'un excellent esprit critique, il avait assisté aux représentations de l'abbé Faria, et il avait reconnu que, sous une forme bizarre, les discours et les expériences du thaumaturge portugais renfermaient une part de vérité. Il avait alors expérimenté lui-même et avait acquis la conviction que les phénomènes du magnétisme animal dépendaient plutôt de l'imagination des sujets que de l'influence d'un fluide hypothétique dont l'existence ne lui paraissait pas démontrée. Il résuma ses opinions dans un mémoire qu'il adressa en 1820 à l'Académie de Berlin, à propos d'un concours sur le magnétisme animal, et qui ne fut malheureusement publié qu'en 1854 (1). On y trouve des idées d'une remarquable justesse, des expériences précises et une sincérité d'observation qui placent cet ouvrage bien au-dessus de la plupart de ceux que nous devons aux *dilettanti* des théories fluidiques ou aux magnétiseurs de profession.

A propos du fonctionnement de la mémoire, le général Noizet s'exprime dans les termes suivants :

« Quoiqu'il arrive ordinairement que les somnambules oublient à leur réveil ce qu'ils ont éprouvé pendant le somnambulisme, ils peuvent cependant, par un acte de leur volonté, faire en sorte d'en garder le souvenir. Il suffit de dire à un somnambule de fixer dans son cerveau une idée ou une image quelconque, pour qu'il se la rappelle en effet. Lorsque, à son réveil, on lui demande s'il

(1) Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*, adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin. In-8°, Paris, 1854.

---

Enfants, dans..... à Saint-Louis, partout, la dotinenthiérie, le croup, les fluides, M. Bretonneau. — L'anglais, l'italien, voyage de six semaines, en Normandie. — Agrégation, belle épreuve orale, argumentation et thèse passables, mauvaise composition écrite, parce que mon *index* droit m'empêche d'écrire vite et parce ce que je n'avais étudié la langue latine que pour mon usage particulier. Chef de clinique avec *Bougon* ce qui, avec mes attaques contre Broussais, fait croire que je veux flatter Laënnec et que je suis jésuite ! — Depuis lors cours d'anatomie, d'accouchements et d'opérations. En 1824, concours pour le prosectorat, je dis mieux que Blandin, mais son opération est mieux que la mienne. Nous sommes jugés égaux, son nom, celui de Bouvier et le mien sont mis dans une urne; le sort amène le sien. Il se fait annoncer dans le *Constitut.* (*Constitutionnel*). La Faculté casse le concours; sur ces entrefaites je perds ma mère. — Bouvier n'en veut plus; Blandin reparaît seul, il est nommé. Origine de nos dissensions.

« En 1825, concours au bureau central, Maingault, Piorry, Rochoux, etc., Blandin, Gerdy et moi, nous disputons la place. Mais alors, ma réputation de jésuite était dans toute sa force, je n'eus rien... mes affaires avec l'Académie. Je ne manque plus d'argent. Entretien de ma sœur; secours à mon père; j'établis un frère et une autre sœur. — 1826, j'établis un frère et une autre sœur, mort de mon père; éducation de mon jeune frère depuis 1824. — Octobre 1827, mort de mon frère. Je sors de la clinique de perfectionnement.

« 1828, concours du bureau central, nommé à l'unanimité; rivaux : Bérard, Bourgery, Maréchal, Sue... etc.; cours de pathologie chirurgicale.

« Ecrits. 1820. Sangs.à la face interne des paupières. — 1824. *Alba* dolens. — Œuf humain. — Thèse de concours. — 1825. Moelle épinière. — Sur le cancer et l'altération des fluides. — Méthode ectrotique. — Anatomie chirurgicale. — 1826. Sur la compression. — Compte rendu de l'hôpital. — Altération du sang. — Abcès tuberculeux et collections purulentes à la suite des grandes opérations. — 1827. Compte rendu. — Altération du sang. — Phlébite. — Péritonite par les mercuriaux.

ne se souvient de rien, il répond ordinairement qu'il a rêvé et raconte ce qu'on lui a fait graver dans sa mémoire (1).

S'il n'y a pas là une étude complète du rôle des suggestions dans le fonctionnement de la mémoire chez les hypnotisés, il y a tout au moins un premier jalon solidement planté dans la bonne voie. MM. Ch. Richet, Bernheim, Féré, Beaunis, etc., ont découvert des faits nouveaux; mais ils n'ont pu que confirmer l'observation initiale due au général Noizet.

La suggestion domine les phénomènes de mémoire. Elle peut annihiler toutes les lois que nous avons précédemment formulées. Dans les conditions ordinaires, le sujet hypnotisé ne se rappelle pas, après le réveil, ce qui s'est passé pendant qu'il était endormi, mais il s'en souvient fort bien quand on l'endort de nouveau. Rien de plus facile que de mettre les faits en opposition avec cette règle. Affirmez-lui, au contraire, qu'elle ne se souviendra jamais de tel ou tel événement survenu pendant le sommeil, et on aura beau l'endormir de nouveau et l'interroger avec persistance, elle ne se souviendra jamais de l'événement que vous lui aurez signalé.

Un malfaiteur qui voudrait faire commettre par suggestion un acte délictueux ou criminel à un sujet hypnotisable pourrait donc se mettre à l'abri des révélations compromettantes de son sujet en lui suggérant d'oublier pour toujours le nom de la personne qui lui a inspiré l'idée de commettre cet acte. Je ne sache pas que le fait se soit jamais présenté dans la pratique médico-légale, mais je sais très bien qu'il a été utilisé pour commettre des actions indélicates ou des gamineries. En 1884, une des malades qui servaient le plus utilement à nos recherches, nous déclara un jour qu'elle voulait quitter immédiatement l'hôpital. Cette détermination que rien ne faisait prévoir, nous surprit d'autant plus que la malade n'en donnait aucune raison. Elle n'avait eu aucune difficulté avec ses compagnes ni avec les infirmières; bref, elle voulait absolument partir, sans savoir pourquoi. Je fus obligé de signer son exeat *illico*. A quelque temps de là elle vint me consulter dans mon cabinet. Après avoir causé un moment avec elle, je l'hypnotisai et lui demandai les motifs de son départ précipité. J'appris alors qu'un monsieur l'ayant rencontrée dans les couloirs de l'hôpital l'avait endormie et lui avait ordonné de retourner chez elle tout de suite et de ne plus revenir dans mon service. Il avait eu soin d'ajouter qu'elle ne se rappellerait pas le nom de celui qui lui avait donné cet ordre. La malade ne put pas, en effet, se rappeler son nom, mais elle me fit une description détaillée des qualités physiques et morales du personnage, ce qui me permit de reconnaître son identité tout aussi aisément que si elle m'eût montré sa photographie.

L'observation suivante est encore plus démonstrative :

Dans les derniers jours de décembre 1884, un matin, à l'heure de la visite, une personne étrangère au service endormit une de nos hystériques nommée Pauline T... et lui ordonna d'aller à quatre heures de l'après-midi embrasser l'aumônier de l'hôpital et de ne dire à personne qui lui avait donné cet ordre.

Pendant le reste de la matinée et pendant la première partie de l'après-midi, la malade ne présenta rien de particulier. A quatre heures elle se leva précipitamment, descendit de son lit et traversa la salle pour sortir. La Sœur du service lui demanda où elle allait. « Je vais chez l'abbé X..., dit-elle; je veux l'embrasser. » On crut qu'elle devenait folle et on l'empêcha de sortir. Ce fut alors une scène inexprimable. Pauline faisait des efforts désespérés pour se dégager on fut obligé de l'attacher. Pendant plusieurs heures consécutives, elle eut des attaques convulsives d'une violence inaccoutumée; elle poussait des cris perçants et troublait le repos des autres malades. On alla prévenir l'interne du service. Celui-ci, après avoir fait diverses tentatives inutiles pour calmer l'agitation de Pauline, eut l'idée de l'endormir pour lui suggérer d'être tranquille. Il fut alors mis au courant de la situation parce que la malade, endormie, lui raconta ce qui s'était passé le matin, sans dire toutefois le nom de la personne qui lui avait donné la suggestion. Il voulut alors détruire la suggestion initiale par une suggestion contradictoire. Il essaya de suggérer à Pauline l'oubli de la scène de la matinée; il tenta de lui faire croire qu'il était lui-même l'abbé X... et qu'elle pouvait l'embrasser si elle y tenait. Mais aucune de ses suggestions contradictoires ne fut acceptée, et comme les cris et les convulsions ne cessaient pas, il dut mettre la malade en état léthargique et l'y laisser pendant toute la nuit. Le lendemain matin, aussitôt qu'on eut tiré la malade de la léthargie, l'agitation, les crises convulsives et le désir violent d'aller embrasser l'abbé X... reparurent. Pour mettre un terme à cet état de choses, il fallut aller chercher le coupable (qu'on put fort heureusement arriver à découvrir à la suite d'une enquête, car Pauline refusa obstinément de dire son nom, bien qu'elle le connût parfaitement), le conduire dans la salle et le prier d'endormir la malade pour effacer lui-même la suggestion qu'il avait eu la légèreté de donner le jour précédent. Dès que cela fut fait, Pauline ne pensa plus à embrasser l'abbé X... et elle redevint tout à fait calme.

Quelques jours plus tard, le 12 janvier 1885, une scène très analogue se produisit. La malade voulait encore aller embrasser l'aumônier de l'hôpital. Endormie, elle déclarait que le matin, en revenant de la douche, elle avait rencontré au coin d'un escalier trois personnes qui l'avaient endormie et lui avaient ordonné d'accomplir l'acte en question, en ajoutant qu'elle souffrirait cruellement tant qu'elle ne l'aurait pas accompli et qu'elle ne dirait jamais qui le lui avait ordonné. L'agitation de Pauline était telle que, le 13 janvier, n'ayant pu découvrir les auteurs de la suggestion, je me décidai à aller trouver l'aumônier, à le mettre au courant de la situation et à le prier de se laisser embrasser par la malade. Il y consentit. A partir de ce moment tout rentra dans l'ordre.

Cet exemple montre l'influence prépondérante des suggestions sur le fonctionnement de la mémoire. L'amnésie suggérée peut d'ailleurs porter sur les faits les plus insignifiants aussi bien que sur les notions les plus complexes. Toutes les formes connues de l'oubli peuvent être réalisées expérimentalement. L'aphasie, l'agraphie, la cécité verbale, la surdité verbale sont artificiellement reproduites par suggestion. Il est possible de faire oublier à une personne certains mots, certaines lettres, certains nombres, à l'exclusion des autres; d'enlever de sa mémoire tous les événements survenus pendant une période plus ou moins prolongée de son existence, et d'aller jusqu'à modifier par ce fait la notion de sa personnalité (1).

(1) Général Noizet, *op. cit.*, p. 109.

(1) « On peut même, dit M. Ch. Richet, faire perdre toute la mémoire. A la vérité, cette expérience ne doit être tentée qu'avec une grande prudence, et en tout cas il ne faut pas la prolonger plus de quelques minutes à peine. J'ai vu, en effet, survenir dans ce cas une telle terreur et un tel désordre dans l'intelligence, désordre qui a persisté

—1828. Méthode ectrotique, zona pemphygus. — Tokologie. — 1829. Péritonite par les mercuriaux. — Phlébite, compression et altération du sang. — Faux travail et grossesse tardive. Enfin, médecine opératoire en projet, puis ovologie.

« Voilà, mon cher Trousseau, une partie de mes faits et gestes; prenez là dedans ce que vous voudrez. Mon cher ami, nous sommes bien jeunes encore pour que notre biographie puisse avoir quelque valeur. Enfin!

(*A suivre.*)

On peut enfin fausser le témoignage de la mémoire en faisant croire aux sujets en expérience qu'ils ont assisté à des événements imaginaires et il ne serait pas impossible de les amener par ce procédé à accuser des innocents ou à s'accuser eux-mêmes de forfaits irréalisés?

Pourrait-on également provoquer par suggestion une exagération notable de l'activité de la mémoire ? Cela est douteux. M. Baunis (1) qui a essayé de résoudre la question par la voie expérimentale n'a pas constaté que la puissance de la fixation des souvenirs pût être artificiellement augmentée chez les sujets hypnotisées et suggestionnés :

« Mais, ajoute-t-il, s'il est difficile d'accroître la mémoire d'une façon générale, c'est-à-dire de faire qu'un sujet, dont la mémoire est habituellement lente et paresseuse, retienne facilement une série de chiffres, une page de prose, une tirade poétique, on peut, avec la plus grande facilité, la surexciter *localement*, si je puis ainsi, c'est-à-dire en portant par suggestion l'attention du sujet sur un point déterminé ; on pourra, par exemple, donner à un sujet une *idée fixe*, celle d'une lettre, d'un mot, d'un air de musique, de façon qu'il ne puisse parler, écrire, chanter que d'après l'idée fixe qui lui aura été suggérée. Il y a là, dans l'ordre intellectuel, quelque chose de comparable à la contracture qu'on peut déterminer dans un muscle par suggestion, ou mieux encore à ces mouvements automatiques que le sujet ne peut arrêter dès qu'on les lui a suggérés (2) ».

On trouverait peut-être des preuves plus démonstratives de l'existence de l'hypermnésie suggérée dans la série des recherches entreprises par MM. Binet et Féré sur les *hallucinations objectives* (3).

L'expérience qui a servi de point de départ à ces recherches est très connue : On montre à une personne hypnotisée un fragment de carton blanc en lui affirmant qu'un portrait est dessiné dessus. Le sujet croit réellement voir le portrait. On le réveille et on lui met entre les mains le carton magique au milieu d'un paquet d'autres de même forme et de mêmes dimensions, en le priant de les examiner tous. Sur les cartons indifférents il ne voit rien de particulier, mais quand il arrive au carton désigné par la suggestion antérieure, il y voit le portrait. Pourquoi sur celui-là et pas sur les autres ? Très probablement parce que l'image suggérée s'est associée dans l'esprit du sujet à un point de repère extérieur, à un défaut insignifiant du carton, dont la vue rappelle aussitôt le souvenir du portrait imaginaire.

Plusieurs raisons rendent cette interprétation très vraisemblable. La première, c'est que l'expérience réussit d'autant mieux qu'elle est faite avec des cartons moins régulièrement glacés. La seconde, c'est que l'image est toujours vue sur la même face du carton et dans la même position : si vous renversez le feuillet sens dessus dessous, le portrait est vu la tête en bas ; si vous le retournez, le portrait n'est plus vu. Enfin, toutes les conditions optiques qui modifient la vision des objets réels modifient dans le même sens celle de l'image suggérée ; c'est ainsi que la loupe grossit les contours du portrait et que le prisme fait apparaître deux personnages là où il n'y en avait qu'un auparavant.

Tout cela s'explique aisément si l'on admet que la reviviscence de l'image illusionnelle est provoquée par la vision du repère auquel elle est associée. Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut que le souvenir de ce repère se soit gravé avec une remarquable puissance dans l'esprit du sujet, ce qui implique une hyperacuité de la mémoire active ou de la fixation des souvenirs. Il faut, en outre, que l'association de l'impression sensorielle réelle et de l'illusion suggérée soit assez solidement établie pour que la perception de l'une évoque immédiatement la reviviscence de l'autre, ce qui implique une hyperacuité de la mémoire passive ou du rappel des souvenirs.

Ce qu'il y a peut-être de plus curieux dans ces phénomènes, c'est qu'ils se produisent tout à fait inconsciemment. Le sujet ne sait pas pourquoi il reconnaît un carton déterminé au milieu d'un tas d'autres semblables, si ce n'est parce qu'il y voit dessiné le portrait suggéré. Le souvenir des signes différentiels s'est gravé, au début de l'expérience, dans les profondeurs de la *mémoire inconsciente*, et l'évocation de l'illusion, par le seul fait de la reconnaissance de ces signes, se produit automatiquement sans que la volonté intervienne, sans que le sujet ait connaissance du mécanisme qui préside à l'association intime des deux images.

Le rôle de la mémoire inconsciente est tout aussi important dans la réalisation des *suggestions à échéances*. Vous dites à une personne hypnotisée : « Dans deux heures, dans trois jours, dans un mois, vous ferez telle chose. » Après le réveil, le sujet n'a aucun souvenir de l'ordre que vous lui avez donné, et cependant, au moment convenu, sans savoir pourquoi, il exécute l'acte suggéré. L'idée, restée jusqu'à ce moment latente, surgit tout à coup automatiquement et se réalise en acte. Mais pourquoi s'éveille-t-elle seulement à l'instant précis où l'acte doit être accompli ? Les somnambules auraient-ils donc, ainsi que le suppose M. Paul Janet, une faculté mystérieuse dont ne jouiraient pas les autres hommes et en vertu de laquelle ils peuvent mesurer inconsciemment le temps (1) ? Cela est peu probable. MM. Binet et Féré pensent que la reviviscence de l'idée suggérée est produite par la reconnaissance d'une sorte de repère réel qui se fixe dans la mémoire inconsciente du sujet au moment où il reçoit la suggestion. On cite souvent une expérience de M. Bernheim dans laquelle une suggestion a été exécutée soixante-trois jours après avoir été donnée. Mais, dans cette expérience, M. Bernheim n'a pas dit à son sujet : « Au bout de soixante-trois jours vous accomplirez tel ou tel acte. « Le premier mercredi d'octobre vous vous rendrez chez le Dr Liébault, etc. (2). » Ce qui est bien différent (3.)

Mais ce sont là des détails sur lesquels il est inutile d'insister davantage. Ce que vous devez retenir de la leçon d'aujourd'hui, c'est la formule des grandes lois qui président au fonctionnement de la mémoire dans ses rapports avec l'hypnotisme. Cette formule peut être résumée en peu de mots : Les sujets hypnotisés se rappellent ce qu'ils ont appris dans l'état de veille et dans les états hypnotiques précédents, à moins qu'on n'ait provoqué par suggestion une amnésie totale ou partielle, limitant la portée de leur mémoire. Après leur réveil ils ne se rappellent pas ce qu'ils ont appris durant les états hypnotiques antérieures, à moins qu'on ait provoqué par suggestion la fixation d'une partie ou de la totalité de leurs souvenirs, relatifs à ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis.

pendant un quart d'heure, que je ne voudrais pas recommencer souvent cette tentative dangereuse. » (*op. cit.*, p. 195.)

(1) Voyez à ce sujet : Bernheim. *Des hallucinations rétroactives provoquées dans l'hypnotisme et des faux témoignages.* (*Revue de l'hypnotisme*, 1er juillet 1887.)

(2) Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*, p. 132.

(3) Binet, *L'hallucination* (*Revue philosophique*, avril et mai 1884) ; Féré, *Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expériences* (*Archives de neurologie*, 1883) ; Binet et Féré, *Le magnétisme animal* (Paris, 1887, p. 166 et suiv.)

(1) Paul Janet, *Revue scientifique*, 1884.

(2) Bernheim, *De la suggestion*. Paris, 1884, p. 47.

(3) Voyez à ce sujet : Binet et Féré, *Le magnétisme animal*. Paris, 1887, p. 182.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

## LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

I. — RAPPORT SUR LES PREMIERS CAS DE TUBERCULOSE CHIRURGICALE, TRAITÉS SUIVANT LA MÉTHODE DE KOCH, par Dr W. LEWY. (*Deutsche Medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 47, p. 1056.)

II. — SUR LES EXPÉRIENCES FAITES AVEC LE REMÈDE PRÉCONISÉ PAR KOCH CONTRE LA TUBERCULOSE, par les Drs KŒHLER et WESTPHAL. (*Ibidem*, p. 1058.)

III. — REMARQUES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SUIVANT LE PROCÉDÉ DE KOCH, par le Dr DENGEL. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 47, p. 1089.)

Les deux documents qui suivent, joints à ceux qui ont déjà paru dans le *Journal des Sociétés scientifiques*, vont mettre nos lecteurs à même de se faire une idée précise, exempte de tout enthousiasme prématuré, sur les premiers résultats fournis par le nouveau traitement de Koch.

I. — Voici d'abord l'observation du premier malade, affecté de lupus et traité par la méthode de Koch :

Anna P..., 23 ans, avait des abcès osseux depuis l'âge de 14 ans. Un de ces abcès avait laissé à sa suite une fistule, qui a été le point de départ d'un lupus. En l'espace de trois ans, le lupus a envahi tout le bras gauche, les parties antérieure et latérale du cou, et la plus grande partie des deux joues. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le bras était considérablement tuméfié au voisinage de l'articulation du coude. La peau n'était saine que dans le pli du coude; dans toutes les autres régions, elle présentait les cicatrices bien caractéristiques, avec bord serpigineux cotoyé par une étroite zone d'un rouge brun. Dans cette dernière zone on découvrait, à une inspection un peu minutieuse, les nodosités caractéristiques du lupus; à ce moment, l'épithélium était en voie de desquamation. L'avant-bras et la main gauches, du côté de l'extension principalement, ainsi que la joue droite, étaient envahis par des noyaux d'induration ayant jusqu'aux dimensions d'une pièce de 1 mark, recouverts d'épaisses croûtes. Il n'y avait pas de fièvre.

Le 8 octobre dernier, à 10 heures du matin, on a injecté à la malade, dans la région dorsale, 0,1 cc. du remède. Après un frisson, la température corporelle s'est élevée rapidement, et à 3 heures de l'après-midi elle était de 40°,6. Le soir, la malade était sans connaissance, en proie au délire. La perte de connaissance et la fièvre ne se sont dissipées que le 10 octobre, vers midi.

En même temps que se déclarait la fièvre, la rougeur et la tuméfaction ont envahi les parties malades de la peau. Le 9 octobre, au matin, le tableau morbide présentait son expression la plus nette. La tuméfaction du bras gauche atteignait son maximum; le dos de la main gauche était fortement œdémateux. Au point où il n'y avait pas de nodosités, les cicatrices ne s'étaient que peu modifiées. Mais partout où l'on pouvait découvrir la moindre nodosité, celle-ci faisait une forte saillie au-dessus du niveau des téguments, et se montrait entourée d'une zone brunâtre de deux travers de doigt de largeur. Grâce à cette auréole brunâtre, on pouvait reconnaître de loin où il y avait du tissu tuberculeux. Les foyers d'induration, à l'avant-bras et sur le dos de la main, avaient subi des modifications encore plus prononcées; elles étaient fortement tuméfiées et d'un rouge brun très prononcé. En incisant un de ces foyers, on pouvait se convaincre que le tissu lupeux avait envahi toute l'épaisseur de la peau et revêtait l'aspect d'un caillot de sang desséché.

Le bras fut suspendu dans une gouttière de Volkmann; les cercles rouges, les modifications subies par les parties malades et la tuméfaction du bras se dissipèrent rapidement. Les bords serpigineux paraissaient être comme desséchés, et, en partie, ils étaient déprimés par rapport à la peau saine environnante. Plus tard, ils se sont recouverts de squames épidermiques.

Les noyaux d'induration au bras, à la main, à la face, se sont desséchés rapidement, pour prendre, à un moment donné, l'aspect d'eschares semblables à celles que provoque l'application du cautère actuel. Lorsque, au bout de huit jours environ, ces eschares se sont éliminées, il s'était formé, au niveau de quelques-unes, une cicatrice ferme, au niveau de quelques autres, une surface à granulations, qui se transformait également et très vite en un tissu cicatriciel. A partir de ce moment, la malade n'a plus eu de fièvre.

On espérait que la guérison serait obtenue à la suite d'une seule injection, mais il en fut tout autrement. Aussi, le 27 octobre, une seconde injection (0,05) a été faite; le 1er novembre, la réaction fébrile s'est chiffrée par une élévation de la température interne à 40°,4. Troisième injection (0,1) le 8 novembre, température maxima consécutive, 39°,7. Les deux fois la réaction locale a été manifeste, mais de plus en plus faible. On constatait une tendance générale à la production de tissu cicatriciel, marquée surtout au dos de la main.

Une troisième observation concerne un vieillard de 61 ans, affligé depuis huit ans d'un lupus du nez et des deux joues, ayant entraîné la destruction des deux ailes du nez. Les parties malades étaient occupées par des groupes de nodosités plates.

Une première injection de 0,1, pratiquée le 25 novembre, à la région dorsale, a été suivie de l'apparition des phénomènes réactionnels bien connus. Voici, d'autre part, les réactions fébriles développées par les injections suivantes :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2° Injection, | 0.1 le 27 octobre. | Température maxima | | 39°,5 |
| 3° — | 0,2 le 27 | — | — | 38°,4 |
| 4° — | 0,4 le 31 | — | — | 39°,4 |
| 5° — | 0,5 le 3 novembre. | | — | 39°,5 |
| 6° — | 0,6 le 8 | — | — | 38°,6 |
| 7° — | 0,7 le 10 | — | — | 38° |

Malgré les valeurs croissantes des doses successives, la réaction locale est allée en diminuant, et c'est à peine si elle était encore appréciable après la dernière injection. M. Léwy ajoute que de tous les cas de lupus traités par lui c'est celui où la guérison est le plus avancée.

Les renseignements fournis par l'auteur sur les résultats obtenus dans des cas de tuberculose des ganglions lymphatiques, des os, des jointures, concordent avec ce que nos lecteurs savent déjà par des communications analysées dans le *Journal des Sociétés Scientifiques*.

A dix heures du matin, on fit une nouvelle injection de 0,1 cc. dans la peau du dos. Les manifestations consécutives, sans être aussi violentes qu'après la première injection, ont été cependant assez sérieuses. La température corporelle s'éleva de nouveau en l'espace de quelques heures au-dessus de 40°, la malade tomba de nouveau dans un état de torpeur. Partout le tissu lupique se tuméfia et s'entoura d'une auréole rouge. Seulement cette fois il ne se fit pas de nécrose; par contre, après la réaction inflammatoire, la desquamation épithéliale augmenta sensiblement.

Le 5 et le 6 octobre on injecta de nouveau 0,1 cc. chaque fois. Le 5, la température s'éleva, dans l'après-midi jusqu'à 41°, et elle se maintint sensiblement à ce niveau jusqu'au len-

demain. Le 6 octobre elle s'éleva également jusqu'à 40°,5. Mais la tuméfaction était déjà moindre; de perte de connaissance il n'y en eut pas.

On se proposait de continuer les injectious à de courts iuvalles, tous les deux jours environ, la dose initiale devant être augmentée de 0,1, sitôt qu'elle ne développerait plus de réaction, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on atteignît la dose de 1,0.

Au moment où ces lignes out été livrées à la publicité, l'état de la malade était à peu près le même que peu de temps avant la seconde injection.

Chez un autre malade âgé de 34 ans, affecté depuis dixhuit ans d'un lupus du bras gauche et de l'épaule, une première injectiou pratiquée le 15 octobre, de la valeur de 0,1, a provoqué un frisson, une élévation de la température interne à 40°,1, la rougeur et la tuméfaction des nodosités de lupus, un exanthème scarlatiniforme sur tout le tronc, une désorganisatiou ulcéreuse des gencives, au niveau des incisives inférieures. Pas de perte de la connaissance. L'urine ne contenait pas d'albumine. Pas de fièvre les jours suivants; le malade était seulement dans un état de grande prostratiou.

Chez un malade affecté d'une tuberculose de la vessie, on a fait une injectiou du remède, un matin à dix heures. Dans le courant de l'après-midi, le malade a eu une strangurie très douloureuse, et dans la nuit, de la rétention pendant plusieurs heures. Par analogie, on pouvait craindre que dans les cas de tuberculose du larynx, les injections du remède ne développassent de la dyspnée; cependant, ce fait n'a pas été observé jusqu'ici.

Quelques-uns des malades de M.Léwy sont en traitement depuis plus de deux mois; deux enfants affectés d'une arthrite tuberculeuse du genou, et un homme de 40 ans affecté d'une arthrite tuberculeuse du poignet peuvent être considérés comme en état de parfaite guérisou; ils ne réagissent plus aux injections fortes. Un autre malade, un enfant de 3 ans, traité pour une affection tuberculeuse de l'un des métacarpes avec fistule, paraît être guéri également. Au début, chaque injection était suivie de fièvre et d'une forte tuméfaction circonscrite au pourtour de la fistule. Maintenant, les injections fortes ne développent ni réaction générale, ni réactiou locale.

M. Léwy conclut que, dans les cas de tuberculose chirurgicale, notre premier devoir sera désormais de combattre l'infection tuberculeuse chez le malade. Ce n'est qu'une fois cette infection anéantie, qu'il restera à s'adresser à l'intervention opératoire, pour lui demander ce qu'elle peut donner.

II. — Le travail de MM. Köhler et Westphall se rapporte aux expériences faites avec le remède de Koch, à l'hôpital de la Charité de Berlin, dans le service du professeur Bardeleben. Le nombre des malades qui out fait l'objet de ces expériences est de 12; 2 cas de lupus de la face; 1 cas d'arthrite rhumatismale du pied avec cicatrice tuberculeuse au cou; 1 cas de cicatrice tuberculeuse du cou; 1 cas d'arthrite tuberculeuse du pied; 1 cas d'arthrite tuberculeuse du genou; 1 cas de spina ventosa du médius; 1 cas de cicatrice et de fistule de la cuisse; 1 cas de cicatrice du genou, consécutive à une résection; 1 cas de cicatrice consécutive à une brûlure du bras droit; enfin, 1 cas de blessure par instrument tranchant.

Les injections n'ont pas déterminé d'autre sensation immédiate que celle d'une piqûre légère, sauf dans 1 cas, où il y a eu des douleurs assez vives pendant quelques minutes, mais une demi-heure environ après l'injection, la plupart des malades out accusé une sensation de légère douleur au siége de la piqûre, qui restait sensible à la pression pendant vingt-quatre heures euviron. Quand les injections étaieut faites au genou ou au pied, elles laissaient quelquefois à leur suite une rougeur et une tuméfaction locales qui, dans un cas, ont envahi tout le dos du pied, pour disparaître au bout de vingt-quatre heures. En somme, l'injection n'est presque pas douloureuse et ne développe qu'une réaction locale très minime.

Les injections faites chez des sujets porteurs de lésions superficielles non tuberculeuses, ont développé l'une ou l'autre fois une réaction générale, céphalalgie, frissons, fièvre, mais sans la moindre trace de réactiou locale du côté des lésions superficielles non tuberculeuses.

De même, chez un sujet affecté d'un lupus de la face, et porteur d'un ulcère à la jambe, ce dernier u'a subi aucune réactiou locale à la suite des injections du remède de Koch.

Quant aux renseignements fournis par les deux auteurs sur les réactions générales et locales chez les sujets tuberculeux, et chez les nou tuberculeux, ils ne nous apprennent rien qui ne soit déjà connu de nos lecteurs.

Les deux auteurs concluent :

1° Chez les tuberculeux, la réaction générale est, pour une même dose, extrêmement plus forte que chez les uou tuberculeux;

2° Le plus souvent, 6 heures après l'injection, survient un frissonnement ou un frissou suivi d'une élévation de la température interne jusqu'à 40° et au-delà;

3° Le plus souvent au bout de vingt-quatre heures, la température interne est revenue au niveau physiologique ou au-dessous;

4° En répétant la même dose, on développe une réactiou de plus en plus faible;

5° Avec des doses croissantes, on n'obtient pas toujours une élévation de plus en plus forte de la température interne. En outre, indépendamment de la réaction fébrile, les injections, dans les cas de tuberculose chirurgicale, entraînent une forte accélération du pouls, quelquefois un exanthème ou scarlatiniforme ou constitué par de grosses macules, avec desquamation consécutive; dans quelques cas il y a eu de l'ictère.

Ainsi que l'avait annoncé Koch, la réaction locale qui se manifeste exclusivement au seiu des foyers de tuberculose, atteint sa plus grande intensité dans les cas de lupus.

Les cicatrices consécutives à une suppuration ou à une extirpation de gauglions strumeux ont été également influencés par le remède; quelquefois chez une même personne portant plusieurs cicatrices, la réaction a été très variable comme intensité, très forte sur certaines cicatrices et très faible sur d'autres, d'où l'on peut conclure que les premières présentaient encore des foyers de tuberculose, tandis que les secondes n'étaient plus constituées que par destissus indifférents.

Dans le cas de spina ventosa du médius avec immobilité complète de la jointure correspondante, une injectiou de 8 centimètres cubes d'une solution à 1 pour 100 du remède, a fait diminuer considérablement l'enflure du doigt, et les mouvements de flexiou étaient de nouveau devenus possibles jusqu'à angle droit.

Enfin, chez le malade porteur d'une cicatrice tuberculeuse au cou, on a vu survenir trois jours après l'injection de 1 centimètre cube de la solution à 1 pour 100, une kératite aiguë limitée à un seul œil, une forte injection péricornéale; cette kératite a laissé à sa suite une ulcération cornéenne de 4 millimètres de longueur, qui occupait le quart inférieur de la cornée; peut-être, ajoutent les deux auteurs, y avait-il du tissu tuberculeux dans l'œil; après avoir donné la relation détaillée de huit de leurs observations, ils déclarent que celles-ci

n'autorisent pas un jugement définitif sur la valeur du remède de Koch.

III. — M. Dengel s'occupe exclusivement de la technique à observer dans l'emploi du remède de Koch.

Les injections doivent êtres faites de préférence avec des solutions à 1 et 10 0/0. Pour diluer le remède, on peut employer une solution d'acide phénique à 0,50 0/0, et alors le mélange reste indéfiniment limpide et n'a pas besoin d'être stérilisé ultérieurement. Les solutions doivent être conservées dans de petits verres à réactifs, bouchés avec de l'onate ou avec une coiffe en caoutchouc. Pour le transport des petits tubes, on a imaginé une pochette assez semblable à une cartonchière, et qui permet de transporter d'assez grandes quantités du remède, tout en protégeant les petits tubes contre les chocs.

An moment de se servir des petits tubes, on les placera dans un récipient assez élevé, par exemple dans un verre à eau; on est ainsi sûr de ne perdre aucune parcelle du remède.

Pour pratiquer des injections, Koch a imaginé une seringue, qui offre surtout l'avantage de pouvoir être facilement désinfectée et dont les différentes parties peuvent être aisément remplacées.

La description de cette seringue a déjà été donnée dans le *Journal des Sociétés Scientifiques*, n° 47, novembre 1890. Rappelons que cette seringue n'a pas de piston, que la propulsion du liquide a lieu au moyen d'une pression exercée sur une poire en caoutchouc.

Pour remplir la seringue, on bouche l'extrémité inférieure du côté de la pointe avec le doigt, et on verse le liquide par l'extrémité supérieure; quand on dispose d'une quantité assez considérable de liquide, on peut faire pénétrer celui-ci par aspiration.

Dans le premier cas, une fois le liquide introduit dans la seringue, on visse sur celle-ci le ballon en caoutchouc, on ferme le robinet, on arme la seringue avec sa canule, et on fait la piqûre de préférence dans la région dorsale. Une fois l'aiguille enfoncée, on ouvre le robinet, on exerce une pression uniforme sur le ballon de caoutchouc. Quand on constate une résistance exagérée, on s'assure en toute quiétude que le robinet est convenablement ouvert, etc.; puis, dans la plupart des cas, on atteindra le but voulu soit en retirant légèrement la seringue, soit en lui imprimant un mouvement de torsion. Avec un peu d'attention, on réussira presque toujours à éviter la pénétration de l'air dans le trajet de la piqûre; mais s'il en était autrement, cela n'aurait aucun inconvénient; il n'y aurait à craindre ni abcès, ni aucune suite fâcheuse.

On retire ensuite la seringue, on exerce de légères frictions au siège de la piqûre pour répartir uniformément la quantité de liquide injectée.

Les suites habituelles de l'injection sont connues.

E. RICKLIN.

## REVUE DES THÈSES

### PATHOLOGIE MENTALE

DES CAUSES DE LA MORT DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr JANIN. (Thèse de Paris.)

Ce travail, simple statistique des observations de sept années à la maison de Charenton, se résume dans les chiffres suivants :

1° *Service des hommes* (164 décès de paralytiques généraux): Marasme paralytique 71; attaques épileptiformes 50; apoplectiformes 15; asphyxie par bol alimentaire 3; suicide 1; étranglement interne 2; causes diverses 23.

*Service des femmes* (30 décès): marasme paralytique 14; attaques épileptiformes 8; apoplectiformes 7; phthisie galopante 1.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FOLIE CHEZ LES ENFANTS, par le Dr Pierre-N. FILIBILIN. (Thèse de Paris.)

1° La folie chez les enfants a pu échapper aux observateurs, c'est sans doute ce qui fait qu'on la trouve rarement citée. Mais les germes de folie ne constituent pas une exception chez l'enfant; au contraire, on remarque que la folie chez eux n'est pas si rare.

2° La fréquence chez les garçons est plus marquée que chez les filles. Elle frappe de préférence la classe pauvre et les populations des villes.

3° Plusieurs facteurs entrent dans l'étiologie de la folie chez les enfants.

1° *Ordre moral.* — L'hérédité qui porte des stigmates indéniables. La corruption. L'imitation. L'éducation. Le milieu ambiant. Les passions, etc.

2° *Ordre physique.* — L'onanisme. L'alcoolisme. La menstruation. Les vices de conformation.

4° Les diverses formes de folie existent chez les enfants, notamment : La manie. La folie impulsive. L'homicide. L'exaltation. La perversion des instincts, etc.

5° La symptomatologie est celle des maladies nerveuses et mentales. Les changements de caractère. L'exaltation. La prostration. Les troubles des facultés intellectuelles, etc., affirment la nature de la maladie.

6° L'évolution de la maladie est proportionnelle avec la forme, les causes, l'hérédité et les altérations physiques et psychiques.

7° Si le pronostic est favorable pour la folie acquise, il n'en est pas toujours de même pour la folie héréditaire.

8° Le traitement est *préventif* et *curatif* :

1° Education. Travail normal. Ecole. Gymnastique. Hygiène. Création d'asiles spéciaux pour les fous moraux. Pour les enfants voleurs, vagabonds, récidivistes, etc.

2° Antispasmodiques. Calmants dérivatifs. Hydrothérapie, etc.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FOLIES INTERMITTENTES, par le Dr Emile BARTHOMEUF. (Thèse de Paris.)

En dehors des quatorze observations qu'elle contient, cette thèse ne renferme aucun fait nouveau sur la question des folies intermittentes au point de vue clinique et médico-légal. Elle a même le tort de ne faire aucune mention de travaux antérieurs dont elle eût pu s'inspirer et profiter.

En revanche, on y trouve quelques opinions hasardées, par exemple que « la guérison par les nuances insensibles » est un signe d'une réelle valeur pour pressentir qu'une folie sera intermittente. On sait, au contraire, que la guérison brusque et pour ainsi dire instantanée d'un accès est plus spéciale aux folies intermittentes.

Les observations, recueillies pour la plupart dans les services de Sainte-Anne, sont intéressantes.

DU RÔLE DU RÊVE DANS L'ÉVOLUTION DU DÉLIRE, par le Dr Philippe CHASLIN. (Thèse de Paris.)

Tons les aliénistes savent quelles analogies existent entre

le rêve et le délire de la folie, et plusieurs d'entre eux ont insisté sur ces analogies. Le professeur Lasègue a même publié un travail sous ce titre significatif : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve. »

Si ce point est counn et, dans une certaine mesure, mis en lumière, il n'en est pas de même de l'infinence que peut exercer le rêve sur l'origine et l'évolntion dn délire. C'est un côté de la qnestion qui n'a pas encore été bien étudié et qui, sans contredit, mérite de l'être. La thèse de M. Chaslin contient à cet égard qnelqnes considérations des plns intéressantes.

Elle débnte par un aperçu psycho-physiologique dn rêve normal, qne l'anteur appelle tont simplement « la pensée de l'homme endormi ». Il y rappelle les caractères principaux dn rêve, la nature des tableaux qui s'y déronlent, la prédominance des sensations visuelles sur les sensations anditives, le dédoublement possible de la personnalité, le manque d'étonnement, l'activité extrême des facultés, la rapidité des images, la réobjectivation des idées déjà existantes, la persistance du sonvenir an réveil, etc., etc.

L'anteur passe ensuite à l'étude de certaines variétés spéciales de rêve, notamment à celui de la période hypnagogique, si bien étudié sur lui-même par A. Maury. Il rappelle qne le plus sonvent, il s'agit là d'un état plus on moins maladif du cerveau, qui imprime anx hallncinations un caractère pénible et terrifiant. Le rêve devient alors un véritable signe pronostique, comme chez les enfants sujets anx terreurs nocturnes on les adultes chez lesqnels le cauchemar est habituel. Incidemment, M. Chaslin mentionne la fréquence des « mauvais rêves » dans l'état tronblé de la digestion et l'infinence dn rêve sur la prodnction dn délire des cardiaqnes asystoliqnes.

Dans nn troisième chapitre, l'auteur s'occupe de la persistance de l'action du rêve après le réveil. Après avoir cité les cas bien connus d'individus sains d'esprit qui, le lendemain d'un rêve, croyaient encore à sa réalité et agissaient même dans ce sens, il aborde la question capitale de son travail, celle des rapports de l'aliénation mentale et du rêve.

Ces rapports, tels qu'ils résultent de l'analyse des observations et des opinions des divers anteurs, peuvent, dit-il, se résumer pour le moment dans les considérations suivantes : 1° il y a des délires qui ressemblent à des rêves ordinaires; 2° le rêve peut précéder le délire ou en être le point de départ et le début ; 3° il peut le continuer une fois établi, ou le reproduire après sa fin ou être le signe d'un changement dans la forme des manifestations maladives ; 4° il peut être le présage de la guérison ou n'avoir aucun rapport avec le délire.

Comme conclusion pratique à cette intéressante étude, M. Chaslin se demande, en terminant, si, en agissant sur le sommeil on ne pourrait pas provoquer une action inhibitoire sur les manifestations délirantes. Il est bien près de le penser et croit qu'on pourrait, dans ces conditions, soit déterminer un rêve en sens contraire dn délire, soit, en procédant par des ordres donnés, tendre à supprimer ce même délire. Il resterait à établir que le sommeil artificiel est susceptible d'être provoqué chez tont le monde, ce qui, dans l'état actuel des choses, est bien loin d'être démontré.

ETUDE SÉMIOLOGIQUE DU DÉLIRE HYPOCONDRIAQUE, par le Dr MARS, (Thèse de Paris.)

Cette thèse a pour bnt d'établir qu'en dehors du délire hyponcondriaque symptomatique d'une maladie mentale quelconque (paralysie générale, folie systématisée, dégénérescence, alcoolisme), il existe un délire hypocondriaque qui forme une entité morbide distincte, à laquelle l'auteur donne le nom déjà counn de *Nosomanie*.

Les caractères différentiels qu'il cherche à établir entre ce délire hypocondriaque idiopathique et la mélancolie hypocondriaque ne nous paraissent pas suffisamment précis pour forcer la conviction.

Lorsque M. Mars nons dit par exemple que l'hypocondriaque ne se suicide jamais, contrairement au mélancolique, il ne nons paraît pas être dans l'absolue vérité. De même, lorsqu'il ajonte qus l'hypocondriaque veut guérir, cherche tons les moyens imaginables pour se rattacher à la vie et passe son temps à consulter médicastres et médecins, tandis que les mélancoliques ne se sentent que trop de vie pour souffrir encore tontes les angoisses de l'existence et méprisent la médecine et les médecins : ce sont là des distinctions subtiles et mal fondées.

En réalité, et si l'on excepte les hypocondriaques purs, qui ne sont pas à vrai dire des aliénés, mais bien plutôt des neurasthéniques, la plupart des hypocondriaques délirants qui ne rentrent pas dans l'une des formes morbides citées plus hant, relèvent directement de la mélancolie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SECRET PROFESSIONNEL EN MÉDECINE MENTALE, par le Dr Pierre-Charles-Egide FAVREAU. (Thèse de Paris).

L'auteur, dans son travail, développe cette idée « que si, en médecine ordinaire, le médecin peut, dans un grand nombre de cas, observer le secret médical dans toute sa rigueur, ainsi que le veut M. le professeur Bronardel, en médecine mentale, dans bien des circonstances, non seulement le médecin peut, mais il doit révéler à qui de droit ce qu'il a observé en examinant son malade, divulguer son diagnostic, affirmer son pronostic et en somme, violer ainsi le secret professionnel ».

Cette théorie ne laisse pas que d'être un pen hasardeuse, et le médecin conrrait certainement quelque risque, s'il en faisait sa règle de conduite habituelle dans la pratique. En réalité, il nous semble qu'en médecine mentale comme en médecine ordinaire, les lois déontologiques ne sauraient varier et que, dans l'une comme dans l'autre, le principe fondamental, sauf de très rares exceptions, réside dans l'observance absolue du secret professionnel.

DES RAPPORTS DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE ET DE L'HYSTÉRIE, par le D. TABARAUD. (Thèse de Paris.)

Ce travail, rédigé sous l'inspiration et à la suite d'une intéressante conférence de M. le professeur agrégé Ballet, a pour objet de montrer que l'hystérie et la dégénérescence sont fréquemment associées. Chez certains malades, les stigmates des deux névroses s'imposent à première vue, aussi bien par leur nombre que par leur netteté ; chez d'autres, les stigmates de l'hystérie l'emportent, tont en laissant apparaître certains signes de dégénérescence ; chez les derniers enfin, manifestement dégénérés, on rencontre après un examen approfondi, des stigmates d'hystérie.

Les deux névroses se compliquent l'une l'autre et leur coexistence aggrave singulièrement le pronostic. Car si, d'un côté, l'hystérie est curable dans bien des cas, il n'en est pas de même de la dégénérescence qui conduit fréquemment à l'aliénation mentale.

IMPULSIONS. — AMNÉSIES. — RESPONSABILITÉ CHEZ LES ALIÉNÉS, par le Dr BLAISE (Thèse de Paris).

Sous ce titre, l'auteur résume ce qu'on sait des caractères différentiels des actes impulsifs chez les aliénés, suivant la forme de leur maladie mentale. Il ne signale rien de nouveau

à ce point de vue, et les observations constitnent la seule partie vraiment originale de ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ESCHARES CHEZ LES ALIÉNÉS, par le Dr Ernest FOISSAC (Thèse de Paris).

Les considérations développées dans cet intéressant travail se résument dans les conclusions snivantes :

Dans la paralysie générale il faut distinguer :

*a*) Au point de vue de la pathogénie : 1° les eschares d'origine nerveuse. Elles sont rares et doivent être rapportées à une lésion médnllaire; 2° les eschares d'origine externe. Ce sont celles qu'on observe le plus sonvent. Elles doivent être rapportées à la compression ou à l'irritation.

*b*) Au point de vne de l'évolntion et du pronostic : 1° Les eschares de la période d'état. La guérison est la règle; 2° les eschares de la période terminale. La guérison est l'exception.

Dans les autres formes de l'aliénation mentale, il faut distinguer :

1° L'eschare survenant à la suite d'irritation cutanée, comme dans le cours de l'agitation maniaque. Elle est de cause externe et guérit ; 2° l'eschare survenant chez les vieux déments, à la période ultime. Elle est due à la cachexie et ne guérit pas.

## BULLETIN

### LE NOUVEAU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

La découverte de M. Koch continue d'être l'événement dont on s'occnpe le plus. On ne peut onvrir aucun journal, tant politique que scientifique, sans trouver un article relatif au nouveau traitement de la tuberculose. Les reporters, les interviewers ont rivalisé de zèle pour demander et exposer d'une manière plns ou moins exacte on fantaisiste, l'opinion des *princes de la science médicale* sur la méthode du professeur allemand. Les correspondants *ordinaires* ou *extraordinaires*, *particuliers* ou *spéciaux* de certains journaux ont accumulé notes sur notes, pour faire connaître les résultats des expériences cliniques auxquels ils ont assisté à Berlin. Si l'on veut faire la synthèse de toutes les opinions exprimées, de tons les documents recneillis, on arrive à cette conclusion, que nous avons déjà formulée dans notre précédent *Bulletin*, et à laqnelle nous n'avons rien à changer : *au point de vue de la physiologie pathologique, la découverte de M. Koch apporte des données et soulève des questions nouvelles du plus haut intérêt ; au point de vue thérapeutique, elle permet de concevoir des espérances, mais il faut attendre une expérimentations plus étendue et plus prolongée pour en apprécier la valeur et la portée.*

Malheureusement cette expérimentation semble, pour longtemps encore, être condamnée à rester circonscrite dans un champ fort restreint. M. Koch, débordé par les demandes et c'était facile à prévoir, n'est pas prodigue de son précieux remède, dont la fabrication demande, parait il, des soins et du temps. M. Pasteur, qui lui avait adressé de cordiales félicitations, a reçn de lui, comme expression de ses remerciements, un *échantillon* du nouveau médicament. Précédemment des échantillons semblables ont été envoyés ou remis à quelques médecins de Vienne, de Saint-Pétersbourg et de Londres. L'administration de l'Assistance pnblique de Paris a fait, pour avoir une provision du remède, des démarches dont elle attend le résultat positif pour instituer dans les hôpitaux Saint-Louis, Laënnec et Trousseau, des expériences qui seront confiées à MM. Vidal, Cornil et Lannelongue (1). Jusqu'à nouvel ordre donc l'expérimentation dn médicament de M. Koch reste limitée en très grande partie, à quelques cliniques allemandes, qui semblent le monopoliser : c'est là un grave inconvénient, non senlement an point de vue scientifique, mais encore, et surtont, an point de vne social ou humanitaire.

Les journaux nous annoncent, en effet, que Berlin, ainsi que nous l'avions prévu, regorge de malades venus de tous les pays. Parmi ces malades, ces tuberculeux, tons ne pourront pas bénéficier de la nouvelle méthode, soit parce que la provision du remède aura été insnffisante, soit parce que le degré avancé de la maladie et l'étendue des lésions auront été une contre-indication à l'application du traitement. De là de cruelles déceptions, des voyages dispendieux, pénibles, devenus inutiles, souvent dangereux, parfois même funestes. D'autre part, que de malades qui pourraient retirer un grand profit de la nouvelle méthode, et dont l'état de fortune ne permet pas un déplacement onéreux à Berlin ou ailleurs ! Il y a, à point de vue, un intérêt urgent et de premier ordre à assurer une fabrication suffisante du remède, à le répandre largement, à multiplier les centres de l'expérimentation clinique.

Les raisons que M. Koch a fait valoir pour garder le secret de ce remède ne sanraient plus désormais se comprendre et se justifier. Quelque difficile qu'en soit la préparation, il ne manque pas de laboratoires assez bien installés et de savants assez experts pour que la technique indiquée par lui soit rigoureusement suivie et fonrnisse un produit identique à celui qu'il obtient. Sans doute des modifications, peut être des améliorations pourront être apportées à sa méthode. Si ce sont des améliorations, il devra être le premier à s'en réjouir. Si ce sont des modifications défectueuses, elles ne tiendront pas devant le contrôle des faits. Dans aucun cas la priorité acquise à M. Koch et l'honneur qui lni en revient ne sauraient être atteints. Nous en voulons pour prenve la part de gloire qui, dans cette même découverte de M. Koch, est attribuée à M. Pasteur, initiateur des études microbiologiques qui ont inspiré et dirigé le professeur allemand, non plns par des Français, qu'on pourrait accuser de chauvinisme, mais par les savants de la Russie et de l'Angleterre. Si le mérite de M. Koch ne fait point pâlir celui de M. Pasteur, il n'a pas davantage à craindre celui des savants qui s'engageront après lui dans la voie qu'il aura tracée.

Espérons donc, pour l'intérêt de la science et de l'humanité, que M. Koch ne tardera pas plus longtemps à faire connaître le secret de sa préparation. Dr F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

PROJET DE CRÉATION A PARIS D'UN INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — L'obligation presque inévitable du transport à la Morgue, pour les constatations médico-légales, du cadavre de toute personne victimes d'un crime ou d'un accident, n'a cessé de soulever la répugnance fort légitime et l'opposition des familles des victimes. Aussi depuis plusieurs années, sur l'initiative de M. Brouardel, est-il question d'organiser un institut médico-légal qui permettrait d'éviter la promiscuité entre les victimes dont nous venons de parler et les corps des malheureux sans nom, ni fen, ni lieu, qu'on recueille sur la voie publique ou qu'on retire des filets de St-Cloud.

La Morgue est manifestement insuffisante pour le dépôt des

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et M. Cornil, à l'hôpital Laënnec, ont institué une série d'expériences avec de la lymphe qu'ils ont reçue directement de M. Koch. Nons suivrons ces expériences et en rendrons compte à nos lecteurs.

cadavres qui y sont journellement apportés, le nombre des autopsies qui ne cesse de s'accroître, et pour l'enseignement pratique de la médecine légale qui s'y donne depuis plusieurs années. Cet enseignement réclame, par exemple, à côté de la salle d'autopsies, le laboratoire de toxicologie où, en cas d'empoisonnement, les viscères de la victime puissent être examinées. Or, actuellement ce laboratoire est situé dans les locaux de la Préfecture de police.

Le projet de M. Brouardel a été déjà soumis à l'étude et même accepté en principe. Mais, quand il s'est agi d'arriver à l'exécution, on s'est arrêté devant le chiffre considérable d'un devis dressé par un architecte. Ce projet est repris et va être porté devant le Conseil général de la Seine. Le nouvel institut, situé pour les besoins du service, dans la proximité de la Morgue, comprendra donc tout de qui sera nécessaire aux constatations médico-légales, à l'enseignement pratique de la médecine légale, aux expertises et aux études de toxicologie.

— La question assurance-maladie devant l'Association générale des médecins de France. — Dans la dernière Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, il a été décidé que la commission qui, par l'organe de M. Lereboullet, avait fait un rapport sur la question de la création d'une *Caisse d'assurance mutuelle contre la maladie*, continuerait l'étude de la question, entendrait ceux des membres de l'Association qui s'en sont plus particulièrement occupés, et réunirait les divers projets aux documents qui lui seraient adressés. Cette commission s'est empressée de remplir son mandat et, dans un rapport lu au Conseil général, elle a proposé « d'adresser à titre d'exemple, à MM. les présidents, secrétaires et trésoriers de toutes les Sociétés locales, le projet de la Gironde, ainsi que les amendements tirés du projet de l'Oise, afin de permettre à chaque Société d'étudier de son côté les dispositions qui ont paru résumer le mieux les principes acceptés par tous les partisans de l'*Assurance-Maladie*, telle qu'ils proposent de l'établir sous le patronage moral de l'Association générale, mais en la plaçant formellement en dehors de son fonctionnement, de sa caisse et de sa responsabilité. »

Le Conseil général a adopté cette proposition et une circulaire vient d'être adressée par le président et le secrétaire général de l'Association à tous les présidents, secrétaires et trésoriers des Sociétés locales, pour les prier de soumettre à l'examen de ces Sociétés le double projet en question, avec tous les points de détail qui s'y rattachent et d'envoyer le plus tôt possible au Conseil général une réponse aux trois questions suivantes :

« 1° Votre Société locale se prononce-t-elle pour la création d'une caisse d'assistance contre la maladie?

« 2° En cas d'affirmative, combien pensez-vous que la nouvelle institution puisse compter d'adhérents parmi vos associés?

« 3° Le président et le trésorier de votre Société, s'ils étaient adhérents à l'œuvre nouvelle, consentiraient-ils, en cette qualité, à l'administrer et à la gérer? »

Il appartient ainsi aux Sociétés locales de fournir à la commission et au Conseil général les éléments de la solution qu'ils croiront devoir soumettre à la prochaine Assemblée générale.

## NOUVELLES

### Facultés et Ecoles des départements.

*Faculté de médecine de Lille.* — Le doyen de ladite Faculté est autorisé à accepter le legs fait à cet établissement par le sieur Paquet d'une somme de 2,000 fr. à répartir ainsi : 1,000 fr. pour la chaire de médecine opératoire et 1,000 fr. pour la chaire de clinique chirurgicale.

Dans sa séance du 17 novembre, le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de physiologie actuellement vacante à la Faculté de médecine :

En 1re ligne (à l'unanimité moins une voix), M. le Dr Wertheimer, agrégé, chargé d'un cours de physiologie à la Faculté.

En 2e ligne, M. le Dr Meyer, agrégé, chef des travaux de physiologie à la Faculté.

Dans la même séance, le Comité de la Faculté a émis l'avis que M. le Dr Lemoine, professeur de thérapeutique, soit transféré dans la chaire de clinique médicale, devenue vacante par décès de M. le Dr Hallez.

M. Barrois, agrégé, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, chef des travaux d'histoire naturelle.

*Ecole de médecine de Besançon.* — M. Prieur, licencié ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Magon (année 1890-91).

*Ecole de médecine de Dijon.* — Un congé, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le docteur Fleurot, professeur de pathologie externe.

M. Broussolle, suppléant, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe, pendant la durée du congé accordé à M. Fleurot.

*Ecole de médecine de Reims.* — M. Diot, agrégé des sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

*Ecole de médecine de Rennes.* — M. le docteur Delacour, professeur de clinique médicale, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

### Corps de santé des colonies.

Par décret en date du 25 novembre 1890, sont nommés : *au grade de médecin de 1re classe*, M. Gentilhomme (Prosper), médecin de 1re classe de la marine; *au grade de médecin de 2e classe*, MM. Delay (Jean-Joseph), Michoud (Joseph-Louis), Bouisson (François), médecins de 2e classe de la marine; *au grade de médecin de 2e classe*, M. Bourgogne (Eugène-Louis-Joseph), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

— *Ecole d'anthropologie* (cours de l'année 1890-91), 15, rue de l'Ecole de Médecine :

Lundi, 4 h., G. de Mortillet : anthropologie préhistorique.

Lundi, 5 h., Mathias Duval : anthropogénie et embryologie comparées (à partir du 12 janvier 1891 seulement).

Mardi, 4 h., André Lefèvre : ethnographie et linguistique (à partir du 11 novembre 1890).

Mardi, 5 h., Georges Hervé : anthropologie zoologique.

Mercredi, 5 h., P.-G. Mahoudeau : anthropologie histologique.

Vendredi, 4 h., A. Bordier : géographie médicale.

Vendredi, 5 h., L. Manouvrier : anthropologie physiologique.

Samedi, 4 h., C. Letourneau : sociologie (à partir du 15 novembre 1890).

Samedi, 5 h., A. de Mortillet : ethnographie comparée.

*Société d'anthropologie.* — Le comité central de la Société d'anthropologie vient d'attribuer, à l'unanimité, le prix Broca d'une valeur de 1.500 fr., à M. Alphonse Bertillon chef du service d'identification de la préfecture de police.

— MM. Joffroy et Jules Voisin, médecins de la Salpêtrière, commenceront des conférences sur les *maladies nerveuses et mentales*, le jeudi 4 décembre, à 9 h. 3/4, au petit amphithéâtre de l'Infirmerie, et les continueront les jeudis suivants, à la même heure.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

—

*J.-B. Baillière et fils, éditeurs rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain, Paris.*

**Traité pratique du pied bot**, par E. DUVAL, lauréat de l'Académie des sciences, médecin en chef de l'Institut hydrothérapique et orthopédique de l'Arc-de-Triomphe. Préface du Dr PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, avec 46 figures intercalées dans le texte.

*Lecrosnier et Babé, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.*

**Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié**, par le Dr E. LANCEREAUX. 3e série, année 1886-1890. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1890.

**L'intoxication chronique par la morphine et ses diverses formes**, par le Dr L.-R. RÉGNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1890.

**Société des sciences médicales**, par GANNAT. Compte rendu des travaux de l'année 1889-1890. 44e année.

**Leçons du mardi à la Salpêtrière**, par M. le professeur CHARCOT. Policlinique 1888-1889. Notes de cours de MM. Blin, Charcot, Henri Colin, élèves du service Tomes II, avec 126 figures. Prix : 20 fr.

*Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.*

**De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie**, par le Dr FRANC (de Sarlat), ancien interne praticien des hôpitaux de Paris.

*Victor Rozier, éditeur, boulevard Beaumarchais, 89.*

**Généralités sur les maladies contagieuses les plus fréquemment rencontrées chez le soldat, sur leur thérapeutique et leur prophylaxie rationnelles**, par M. BURLUREAUX, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Paris, 1890.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 NOVEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 57. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë et chronique, 51. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 74. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 57. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 128. — Causes inconnnes, 7. — Total 864.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

**COMITÉ DE RÉDACTION :**

*Rédacteur en chef :* M. le Dr **F. DE RANSE**

*Membres :* MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

**Bureaux d'abonnement :** Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.




## CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

### ÉTUDES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE D'APRÈS LA MÉTHODE DE KOCH.

Compte rendu des expériences de M. Péan sur la tuberculose chirurgicale a l'hopital Saint-Louis, par MM. Léon Audain et Sauvineau, internes du service.

M. Péan a fait, le 29 novembre 1890, une clinique des plus intéressantes sur le traitement de la tuberculose par le procédé de Koch. Le chirurgien de Saint-Louis, désireux de s'assurer par lui-même des résultats obtenus par les médecins allemands, a envoyé à Berlin un de ses aides, M. Schaffier qui, grâce aux relations du maître avec le Dr Bergmann, a pu se procurer deux flacons de la précieuse lymphe. La hâte qu'il avait d'expérimenter le nouveau remède s'explique par l'intérêt qu'on peut tirer, au point de vue chirurgical, d'un traitement efficace de la tuberculose. Les chirurgiens, comme les médecins, ont à lutter contre le fléau, qui s'attaque à tous les âges, à tous les sexes, à toutes les conditions, à tous les organes.

Après avoir mis sous les yeux de ses auditeurs un des flacons de lymphe, M. Péan rend hommage à l'invention du professeur allemand et, à propos du reproche qu'on lui a adressé de tenir secrète la composition de sa lymphe : « Il est certain, dit-il, que ce médicament est un médicament dangereux, difficile à manier et probablement plus difficile encore à préparer ; en livrer de suite le secret au public, avant qu'il ait fait ses preuves, c'est l'exposer à des mécomptes que l'on ne manquerait pas de mettre à l'actif de la méthode. Sans compter que l'inoculation intempestive peut donner lieu à de nombreux accidents mortels. »

M. Péan reconnaît pourtant qu'aucun Français n'eût agi de même et cite l'exemple de M. Pasteur qui jamais n'a gardé secrète aucune de ses méthodes.

Le chirurgien de Saint-Louis rappelle ensuite à ses auditeurs les principaux passages de la communication de Koch, et leur soumet le résultat des expériences qu'il a entreprises depuis deux jours. Les médecins présents, prenant connaissance, au début, de l'état local des malades, seront ainsi beaucoup plus à même de juger de l'effet ultérieur du médicament.

Quinze malades ont été inoculés (2 milligrammes de lymphe dilués dans 1 gramme d'eau distillée dans la région dorsale). On peut les ranger en cinq séries :

1re Série. — Obs. I et II. — Deux malades, opérés antérieurement pour des tuberculoses locales, n'ont pas présenté la moindre réaction.

Le premier est un jeune homme de 21 ans ; pas de tuberculose pulmonaire. Tumeur blanche du coude gauche, ayant débuté il y a un an.

Résection de l'articulation malade, le 15 novembre. Suites normales.

---

## FEUILLETON

### CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE

#### ÉTUDES TRIMESTRIELLES.

Les économies en postes de M. Cochery — Médecins civils substitués aux médecins militaires. — Un Val-de-Grâce économique. — La vérité sur les expertises pharmaceutiques de l'armée. — Expertises de sommeil. — Arrêt et barrage d'avancement. — Faveur ou ancienneté. — Les galons de grade des officiers d'administration. — L'intendance ouverte... aux capitaines. — L'Ecole de service de santé de la marine, ses lignes et ses coqs. — Les Ecoles de ports. — Médecin commissaire et mécanicien. — Le cabinet médical territorial du *Cercle militaire*. — Les « Coulisses du conseil de santé. » — Un Dr Thilenius et Molière. — Statistique médicale rapide. — Travail de la 7e et simulation de travail de la 5e direction. — L'approvisionnement de jadis des infirmeries régimentaires. — Simplifications par le Dr Dujardin-Beaumetz.

I

M. Cochery, qui n'a peut-être pas une idée par jour comme feu Girardin, a repris l'idée de substituer à des médecins militaires à 10 francs par jour des médecins civils à 9 fr. 95, avec un tout petit 95. C'est séduisant de bon marché. Et il y a longtemps que les intendants qui m'ont poursuivi pendant deux années pour dix-sept sous de bois de chauffage — en triple expédition — et qui ont fini par m'atteindre ont eu ce concept génial.

Ils ne proposaient pas d'économiser un centime sur les 52 francs par jour de leurs 8 généraux de division d'intendance, encore moins sur les 35 francs également par jour des 23 généraux de brigade de l'arme.

Tous généraux en général dodus et incapables par leur périmètre sous-thoracique de servir dans la cavalerie légère. Non, il n'y avait pas un millime à retrancher de ces vastes ingurgitations de solde de « chers camarades ».

Mais ils ensseutvolontiers mis le service médical en adjudication sur soumissions cachetées.

Le 27 novembre, injection de 2 milligrammes dans la région interscapullaire. Aucune réaction, ni locale, ni générale.

Les 27, 28, 29 novembre, la température ne dépasse pas 37°,6.

Le 30 novembre, le malade se lève dans l'après-midi, pour la première fois. Le soir, la température monte à 38°,2. Le lendemain matin 37°,2.

Le second malade est une jeune fille de 17 ans, qui avait présenté des fongosités tuberculeuses sous-cutanées de la face externe du cou-de-pied droit. Il ne s'est produit aucune réaction générale, mais nous avons constaté, depuis le 30 novembre, une amélioration considérable du côté de la plaie. Un trajet fistuleux, autrefois à peine perceptible, s'est agrandi et recouvert de beaux bourgeons charnus

2e série. — Obs. III. — Il s'agit d'un garçon de 20 ans, atteint de coxalgie depuis cinq ans. Il existe, au niveau du grand trochanter et de la face externe de la cuisse, trois fistules superposées, distantes les unes des antres de plusieurs centimètres, et une ulcération tuberculeuse de la région sacrée consécutive à la chute d'une eschare. Ce jeune homme a eu une réaction générale assez marquée (température maxima 38°,6) et continue depuis le jour de son inoculation (27 novembre). Localement, il a ressenti quelques douleurs du côté de l'articulation malade. La suppuration a pris une coloration brunâtre; la peau,autour des orifices fistuleux,est devenue rouge, puis violacée, et ces orifices se sont agrandis. L'état général du malade paraît déjà meilleur, comme nous l'avons consigné dans notre observation (1er décembre).

Obs. IV. — Femme de 30 ans, souffrant d'une ostéite tuberculeuse de l'os iliaque, avec une collection fluctuante à la partie externe de la fesse. Cette malade offre en outre des lésions pulmonaires aux deux sommets.

Elle a été inoculée le 26 novembre, à 10 heures. A 7 heures, la température s'est élevée à 39°. Le pouls est devenu fréquent (120 pulsations). Pas de frissons.

Localement : douleur au niveau de la crête iliaque malade.

Dans la matinée du 27, défervescence et disparition de la douleur. Frissons.

Pendant la période de réaction, les craquements qu'on entendait aux sommets sont devenus plus abondants et plus humides. Pas de modification des crachats.

Obs. V. — Garçon de 15 ans, atteint d'une arthrite chronique végétante du genou gauche depuis trois ans et demi. Inoculation le 27, à 10 heures. A 7 heures, légère réaction générale.

Phénomènes locaux très intéressants : il s'est produit un épanchement intra-articulaire; le genou s'est tuméfié et offrait de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 d'augmentation, suivant les points.

En même temps, engourdissement douloureux de l'articulation. Céphalalgie.

Le 29 novembre, il est facile de constater que la tension est moins grande que la veille au niveau de la jointure. Douleurs disparues.

Le 1er décembre, la jointure est redevenue à peu près ce qu'elle était avant l'inoculation.

Obs VI. — Jeune garçon de 13 ans, atteint d'une coxalgie suppurée remontant à six ans. Peu de réaction générale (38°). Gonflement manifeste de la jointure.

Obs. VII. — Homme de 53 ans. Pas de tuberculose. Tumeur blanche du genou gauche ayant débuté il y a six mois. Gonflement notable de l'articulation, dû à un peu d'épanchement dans la synoviale d'une part, et à l'augmentation de volume des extrémités osseuses, les deux condyles fémoraux, et surtout la tubérosité interne du tibia. Douleur très vive à la pression en ces points, surtout au niveau de la tubérosité tibiale. Tout mouvement provoqué est très douloureux.

Le 28 novembre, injection de 2 milligr. dans la région interscapulaire, à 11 heures du matin, T. initiale 36°,8. Vers 1 heure, petits frissons. mal de tête. La température monte à 38°; le soir, 38 2 Douleurs assez vives dans le genou malade.

Le 29 novembre, T. matin 37°. La synoviale est très distendue sur tout le cul-de-sac supérieur, par un épanchement nettement fluctuant.

La pression, même assez forte, ne détermine plus aucune douleur au niveau du condyle interne du fémur et de la tubérosité interne du tibia. En dehors, il persiste un point douloureux au niveau de l'interligne.

Des mouvements provoqués assez étendus sont possibles et non douloureux. Le malade, qui a essayé de se lever, déclare qu'il marcherait maintenant sans trop souffrir. Le soir, la température atteint 38°,4.

Le 30 novembre, un peu moins de gonflement. La température de 38°,2 le matin descend le soir à 37°,8.

Le 1er décembre, même état local. T. 37°.2. Soir 38°.

Le 2 décembre. Epanchement en partie résorbé. Douleur légère à la pression en dehors. Mouvements assez étendus, non douloureux.

Obs. VIII. — Femme de 20 ans. Ostéite du grand trochanter à gauche depuis dix ans avec fistule. Plaques de tuberculose cutanée au bras droit.

---

***

Et quel moment choisit le rapporteur du budget pour proposer des incomplets de postes dommageables à l'avancement?

Celui, où de 2 majors de 1re classe passés le 7 septembre à l'ancienneté,l'un a 48 ans (misère de nous!) et l'autre 46, où il n'a plus une retraite qui verdoie,où les pointeurs d'annuaire et de tables de mortalité désespèrent d'espérer toujours ce qu'on appelle en style notarial — des espérances.

C'est inopportuniste. Si l'on a trop de médecins trop chers,que ne leur ouvre-t-on toutes béantes les portes de la retraite proportionnelle réclamée par eux et refusée à eux seuls par M. Cochery luimême. Si l'on a refondé à Lyon la vieille Ecole de ce Strasbourg, toujours nôtre, c'est pour militariser les médecins, en tenue connaissance des règlements, des armes, de l'équitation, en discipline, esprit de corps, etc. Et M. Cochery voudrait,au pied levé,les remplacer en scène par des figurants!

***

Aussi bien nos distingués confrères civils estiment pour la plupart qu'il leur suffit,à dire d'expert,des 28 jours ou des 13 jours de convocation annuelle avec solde de lieutenant en deuxième.

Le cantinier substitué à leur cuisinière, « le garni » à leur appartement infiniment mieux garni malgré l'étiquette, le rossard de troupe avec selle de troupe à leur voiture au mois, ont assez tôt fait de désillusionner un peu le chauvinisme louable qui est au tréfond de tout Français.

Même ceux qui,tout au début de la clientèle,sont inscrits comme médecins de nuit, se rappellent, pendant les substitutions susdites, d'avoir été, médecins régimentaires de nuit, conduits au falot de leur lit peu garni à des chambrées trop garnies. Cela sans le moindre demi-louis de supplément de solde.

M. Cochery devrait en rabattre. Il y aurait peut-être moins de candidats que pour un siège de député.

***

Et ce n'est pas seulement le corps de santé, mais la tête de ce corps, le Val-de-Grâce qu'on prend à partie pour son « développement exagéré. »

Sans doute la chaire pharmaceutique de « chimie appliquée aux

Inoculation le 27 novembre à 10 heures. T. initiale 36°,4; à 2 heures. 27°,2, pouls 88. Pas de frissons, rougeur vive aux deux pommettes. Coloration plus grande de la plaque de tuberculose cutanée, qui est devenue plus saillante. La pression depuis l'inoculation est devenue douloureuse.

Pas de réaction du côté de la hanche. T. à 7 heures 37°,2; pouls 84.

Le lendemain matin, T. 36°.

Les phénomènes congestifs du côté de la plaque tendent à disparaître (1er décembre).

Obs. IX. — Femme de 42 ans. Abcès par congestion de la région lombaire consécutif à une ostéo-tuberculose des corps vertébraux. L'abcès a été ponctionné il y a deux jours. Inoculation le 28 à 10 heures.

Pas de fièvre; courbature, lypothymies, accélération du pouls (102), vomissements dans la nuit.

Le lendemain, tout redevient normal.

Obs. X. — Femme de 30 ans. Abcès froid situé au-dessous de la clavicule depuis trois ans. Dix minutes après l'injection, légers frissons. Pas de fièvre.

1er décembre, la malade éprouve des douleurs au niveau de l'abcès.

**3e série.** — — Obs. XI. Jeune fille de 14 ans opérée, il y a trois semaines,pour une adénopathie tuberculeuse de l'aisselle gauche. Il existe actuellement une adénite cervicale strumeuse double, datant de 1888. Matité et souffle au sommet gauche. Inoculation le 26 à 10 h. 1/2. La malade a eu quelques frissons et la température de 37° s'est élevée à 39. Les ganglions du cou se sont légèrement tuméfiés.

1er décembre. Il s'est produit, dans la région cervicale, une congestion péri-ganglionnaire qui a eu pour résultat de transformer en une seule masse les ganglions autrefois mobiles de cette région.

Obs. XII. — Jeune fille de 18 ans, atteinte depuis deux ans d'adénite strumeuse des régions sous-maxillaire et parotidienne. Application, il y a 15 jours, d'un séton. Pas d'écoulement de pus. Inoculation le 28 novembre à 10 heures. T. initiale 36°. Trois heures après, frissons. A sept heures la température est de 39°.

Localement : gonflement des ganglions ;rougeur autour des orifices fistuleux, douleur à la pression. Pas d'écoulement par les drains.

La fièvre a continué jusqu'au matin (39°,2) lipothymie.

**4e série.** — Obs. XIII. — Homme de 33 ans. Tuberculose pulmonaire double au 2e degré et laryngite tuberculeuse ayant donné lieu à des abcès péri-chondritiques ouverts en avant du larynx et du cartilage cricoïde.

Inoculation le 27 novembre. Ce malade n'a présenté *aucune* réaction générale ni locale. Une 2e inoculation a été faite le 1er décembre.A 8 heures du soir,il ne s'est encore produit aucune réaction générale. Les craquements paraissent plus nombreux et plus humides. Expectoration insignifiante. Pas de dyspnée. Aucun phénomène du côté du larynx.

**5e série.** — Obs. XIV et XV. — Cette série comprend deux cas de lupus, inoculés le 27 novembre, dans le service du docteur Hallopean.

Chez ces deux malades, les réactions générale et locale ont été extrêmement vives et sont conformes à celles qu'on a pu lire dans la communication de Koch.

Trois nouvelles inoculations ont été faites dans le service depuis le 29 novembre. La suivante est particulièrement intéressante.

Homme de 20 ans. Indemne de tuberculose pulmonaire, a dans ses antécédents des manifestations locales de tuberculose (coude, poignet gauches) soignées à Berck.

Début de l'affection actuelle, il y a 18 mois. Actuellement, tuméfaction de toute la région du cou-de-pied droit. Peau amincie, violacée, à la face dorsale et externe du tarse, où siègent 3 orifices fistuleux. Douleur vive à la palpation, au niveau des faces externe et postérieure du calcanéum, au-dessous de la malléole externe, et enfin au niveau de la tête de l'astragale. Le cuboïde est également douloureux. En dehors, au-dessous de la malléole, on sent une pseudo-fluctuation due à la présence de fongosités. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont limités et douloureux. Mais, surtout, on ne peut provoquer aucun mouvement dans les articulations tarsiennes, sans déterminer une vive douleur. Le stylet introduit par la plus large des fistules, à 1 cent. 1/2 de la pointe de la malléole externe, pénètre à une profondeur de 5 cent. en dedans et en arrière, dans l'astragale qui est ramolli et fongueux.

La jambe et la cuisse droite sont très atrophiées.

Le malade réclame l'amputation.

29 novembre. Injection de 2 milligrammes de substance active

---

expertises de l'armée » peut-être économisée par un économiste expert sans qu'il en naisse des troubles graves dans les expertises. Elle n'a eu à « préparer », en 1890, qu'un seul pharmacien stagiaire expert de l'armée!

En revanche elle a été infligée comme d'habitude aux 82 docteurs stagiaires qui,malgré toutes les réactions,ne peuvent y réagir contre des bâillements, pandiculations et autres « équivalents », physiologiques de l'ennui.

Quelque brillantes que soient les jaculations oratoires sur les sels de zinc on de cuivre, il est rare que ça ne conduise pas à un sommeil de plomb. On pourrait économiser l'un ou l'autre des pharmaciens-professeurs pleins de sel et de bon vouloir, mais difficiles à suivre autrement qu'en rêve.

***

Et cela sans fortes craintes de démissions ou de retraites anticipées. Les médecins seuls s'en vont.

Si l'on voit des pharmaciens militaires briser quelques verres à expériences ou expertises, on en voit assez peu briser leur épée. La besogne est douce, calme, proprette; le laboratoire tourne de plus en plus à l'antiphrase et au reposoir. Ce sont d'abord les fabriques de produits chimiques et la Pharmacie centrale qui ont fait disparaître les cornues matras et autres vases ampullaires, diversement relevés en bosse qui se prodiguaient des osculations bizarres par l'abouchement de leurs innombrables tubulures.

Maintenant ce sont les vaccinations qui menacent les fioles, pilules, bols, béchiques et potions elle-mêmes, tout le codex, qui semble céder le pas à la seringue, aux piqûres et aux injections sous-cutanées.

La seringue même de Pravaz tuant la pharmacie. Voilà qui donne à réfléchir sur les inconstances humaines.

***

Mais en dehors de cette chaire de chimie « inappliquée » il ne faut rien autre économiser au Val-de-Grâce — au contraire. On a eu tort de faire économie de notoriété récemment en lui nommant un directeur que le public n'a punommer parce qu'il ne le connaît guère. Nous croyons savoir que deux savants connus étaient sur les rangs, que le public nomme, qui ont du professorat, des livres,ont donné la mesure publique d'eux-mêmes, qui, passés, par le Val-de-Grâce, étaient de la maison et y seraient rentrés en familiers et en famille.

On a préféré désigner un praticien ancien, qui a sans doute comme 20 autres du diagnostic, du doigté, de l'habileté de main, qui « sait son affaire ». Mais ce qui suffit pour un médecin chef ou un directeur de corps d'armée, peut paraître insuffisant pour notre Ecole supérieure de guerre, médicale.

*(A suivre.)*

dans la région interscapulaire. A midi : Temp. initiale 37°,2; à 1 heure, 38°; le soir à 7 heures, 39°,4. Pouls 114.

Le 30. Pendant toute la nuit, le malade a ressenti des douleurs assez vives pour le priver de sommeil, an-dessous des 2 malléoles, et en arrière, au talon.

Gonflement très manifeste des régions envahies, surtout an-dessous et en arrière de la malléole externe. Rougeur très intense de la peau sur les faces dorsale et externe du tarse. Les bords des orifices fistuleux sont tuméfiés et présentent une coloration rouge vif.

Une cicatrice très ancienne, due à une ostéite (guérie) du premier métatarsien, absolument blanche avant l'injection, présente un pourtour saillant et rosé, avec une traînée rose vers le centre.

La température est au matin de 38°. Le soir, 38°,6. Le pouls, de 112 au matin, descend le soir à 94.

1er décembre. Plus de douleurs dans le pied. Le gonflement et la rougeur persistent bien qu'un peu atténués. La température de 37° le matin reste le soir à 36°,2.

Le 2. Le gonflement est très diminué, la rougeur a presque complètement disparu. La température est à 36°,2. La période de réaction générale et locale semble terminée.

Nous n'avons fait que résumer les observations des malades inoculés par M. Péan. On peut voir néanmoins que si tous les malades, même tuberculeux, ne réagissent pas sous l'influence de la lymphe de Koch, la réaction générale et locale se fait sentir dans la majorité des cas.

Il est impossible, dès à présent, de se prononcer sur cette méthode. Mais l'ère des expériences est dorénavant ouverte. Elles seront continuées avec persévérance. Les observations étant rigoureusement prises et les malades étant suivis avec la plus grande assiduité, on pourra dans quelques semaines ou quelques mois se faire une opinion assez exacte de la valeur thérapeutique de cette médication.

---

COMPTE RENDU D'UNE CONFÉRENCE ET DES EXPÉRIENCES DU PROFESSEUR CORNIL A L'HOPITAL LAENNEC SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. Cornil a fait dimanche dernier, 30 novembre, à l'hôpital Laënnec, et au milieu d'une affluence considérable de médecins et d'élèves, une conférence sur ses premiers essais de la méthode de Koch dans le traitement de la tuberculose.

Le savant professeur a rappelé d'abord en le résumant, ce que tout le monde sait des premières recherches de Koch et des récentes expériences qui ont été faites en Allemagne. Il reconnaît que les phénomènes de réaction, tant générale que locale, observés après l'injection du remède de Koch, constituent, au point de vue de la physiologie pathologique, des faits nouveaux; mais, en ce qui concerne l'action curative de la tuberculose, les expériences, dit-il, datent de trop peu de temps pour affirmer quoi que ce soit à cet égard. Ces réserves s'imposent tout particulièrement pour ce qui concerne la phthisie pulmonaire.

M. Cornil insiste ensuite sur les contre-indications, qui ne laissent pas d'être nombreuses, à l'emploi de la méthode de Koch. Telles sont : la phthsie à un degré avancé on généralisée aux deux poumons, la laryngite tuberculeuse avancée, la granulie et les infections tuberculeuses généralisées à certains organes, la méningite tuberculeuse, certaines cardiopathies, etc. Dans tous ces cas, la réaction qui suit l'injection peut dépasser le but, entraîner des phénomènes graves et même la mort, ainsi que c'est déjà arrivé.

La technique opératoire arrête assez longtemps le conférencier et non sans raison, car celle-ci a une haute importance pratique pour éviter tout ce qui pourrait altérer et par suite compromettre les résultats des expériences. On comprend qu'il s'agit d'assurer l'asepsie des injections.

A cet effet, on commence par obtenir des dilutions au 10e, au 100e et au 1000e de la lymphe de Koch. La solution au 10e est dite *solution mère* et sert à préparer les autres. Le liquide destiné à ces dilutions est composé d'eau distillée, bouillie, additionnée de 5 grammes d'acide phénique pur cristallisé par litre; il est renfermé dans un ballon stérilisé à l'étuve et bouché à l'ouate.

Pour préparer la solution mère, on prélève dans ce ballon, au moyen d'une pipette en verre stérilisée bouchée à l'ouate et passée à l'étuve, une certaine quantité de liquide qu'on laisse tomber dans une petite éprouvette graduée jusqu'à la division correspondant à 9 centimètres cubes; puis avec une autre pipette, également stérilisée, on prend un peu de lymphe de Koch qu'on verse goutte à goutte dans l'éprouvette jusqu'à ce que la hauteur du liquide y atteigne la division correspondant à 10 centimètres cubes. On a donc ainsi un liquide contenant 1 centimètre cube de la lymphe de Koch et 9 centimètres cubes d'eau distillée phéniquée. La lymphe étant plus dense que l'eau distillée, il faut, pour que le mélange se fasse bien, la verser comme il vient d'être dit, dans l'éprouvette, après cette eau distillée. La solution est vidée de l'éprouvette dans un tube stérilisé.

Avec la solution mère, et en suivant le même procédé, on fait une dilution au 100e, et, avec celle-ci, une dilution au 1000e. C'est cette dernière qui sert aux injections. Pour pratiquer celles-ci, il faut préalablement laver la peau du malade au sublimé, avoir les doigts très propres et même ne pas toucher la canule de la seringue; stériliser chaque fois la canule et la seringue quand on passe d'un malade à l'autre; s'abstenir de toucher avec les doigts la petite piqûre faite à la peau. Aucune de ces précautions minutieuses n'est inutile si l'on veut rester fidèle aux règles d'une asepsie absolue.

M. Cornil trouve quelques inconvénients à la seringue de Koch, et lui préfère celle de M. Roux, d'un maniement tout aussi facile et plus sûr.

Après ces divers préliminaires, M. Cornil a fait passer sous les yeux de l'assistance quatre malades auxquels il a injecté la lymphe de Koch. Deux de ces malades étaient atteints de lupus, le troisième d'une éruption d'un diagnostic douteux entre une affection lupeuse et une affection syphilitique, le quatrième de tuberculose des épididymes et de la prostate. Les détails consacrés plus haut aux faits de tuberculose chirurgicale nous dispensent de nous arrêter à ces cas. Nous donnerons plus de développements à l'observation des cas de tuberculose pulmonaire traités par M. Cornil, et qui seront l'objet de sa conférence de dimanche prochain.

---

## ÉLECTROTHÉRAPIE

### NOUVEAU TRAITEMENT DE LA GOUTTE PAR ÉDISON

Par le Dr G. VARIOT.

Le célèbre électricien Édison vient de faire une incursion dans le domaine de la médecine; puisse-t-il, en appliquant son prodigieux esprit d'invention aux difficultés de notre art, obtenir des résultats aussi extraordinaires que ceux par lesquels il s'est déjà illustré dans le monde entier.

Voici, d'après les journaux Américains, comment Édison

parvient à faire fondre les tophus sous-cutanés chez les goutteux.

Les dépôts tophacés sont essentiellement constitués par des amas d'urate de soude, et l'emploi de la lithine et des sels de lithine, dans la goutte, a surtout pour objet de faire passer l'urate de soude à l'état d'urate de lithine qui est plus soluble et plus facilement éliminé par les urines. Les sels de lithine sont administrés par les voies digestives.

Édison a imaginé de faire pénétrer ce médicament par la peau, à l'aide de *l'endosmose électrique*.

L'endosmose électrique est la propriété qu'ont les courants électriques, en traversant une membrane poreuse interposée entre deux solutions liquides, de transporter, d'un côté à l'autre, la substance dissoute.

Le courant électrique, en d'autres termes, augmente la diffusion osmotique qui a lieu normalement entre deux solutions séparées par une membrane poreuse, et la force de transport du courant se produit toujours dans le même sens, du pôle positif au pôle négatif.

Partant de ce principe, Édison vérifia ces faits sur l'homme en santé. En octobre 1889, il mit en expérience un jeune homme de 20 ans employé dans son laboratoire. Une des mains de cet homme était plongée jusqu'au poignet dans une solution de chlorure de lithium, l'autre main dans une solution de chlorure de sodium.

La solution de chlorure de sodium fut mise en communication avec le pôle négatif d'une batterie tandis que le pôle positif était en connexion avec la solution de lithium.

La force du courant était de quatre milliampères c'est-à-dire le maximum de ce qui pouvait être supporté. Les séances furent renouvelées chaque jour pendant une semaine ; chaque séance durait deux heures. La durée totale de l'expérience fut d'environ onze heures. Pendant ce temps la sécrétion des reins fut recueillie et examinée avec le plus grand soin. La lithine dans les urines fut recherchée avec le spectroscope, puis dosée.

La quantité totale des urines contenait 55 centigr. de chlorure de lithine, suffisants pour rendre soluble 2 gr. 45 d'acide urique.

La seconde expérience fut faite directement sur un goutteux âgé de 73 ans, un sommelier.

Ce malade était atteint de la goutte depuis dix ans ; à l'exception des genoux, toutes les articulations étaient déformées par de larges dépôts tophacés. Le petit doigt de la main gauche mesurait huit centimètres de circonférence ; le petit doigt de la droite était encore plus tuméfié. La marche était difficile et la faiblesse grande.

Le traitement fut institué suivant la méthode ci-dessus décrite ; la main gauche étant immergée dans une solution de chlorure de lithium du poids spécifique de 1,08, la main droite est plongée dans une solution de chlorure de sodium. Le patient supporta sans difficulté un courant de 20 milliampères. Les séances, d'une durée de quatre heures, furent continuées pendant dix jours consécutifs. Après ce temps, la circonférence des petits doigts ne mesurait plus que 6 centimètres 2.

A partir de ce traitement les douleurs dans les jointures cessèrent. On fit seulement deux autres séances et néanmoins la tuméfaction des doigts continua de diminuer ; on peut évaluer à trois centimètres cubes la quantité d'urate de soude enlevée par ce moyen. L'état général du malade est en outre amélioré.

Edison, d'après ces expériences, se croit autorisé à proposer *l'endosmose électrique* comme traitement de la goutte. Il signale que les solutions trop concentrées de sels de lithine placées en contact avec la peau produisent une irritation qui peut aller jusqu'à la vésication. C'est pour cette raison qu'il faut renoncer aux bains généraux de lithine ; d'ailleurs le pouvoir absorbant de la peau, dans les conditions ordinaires, est très minime.

Ne peut-on pas espérer que cette méthode de pénétration des substances médicamenteuses par *l'endosmose électrique* pourra se généraliser ? Tant de remèdes sont difficilement supportés et absorbés par les voies digestives.

Ce sont là des horizons vraiment nouveaux et qui élargissent le champ de l'électrothérapie. Quoi qu'il en soit, il faut savoir gré à Edison de nous avoir dévoilé tous les détails de ses remarquables expériences par ce temps ou le mystère règne en maître dans la thérapeutique.

## TOXICOLGIE

### SUR UNE FORME PROLONGÉE DE COCAÏNISME AIGU

par M. HALLOPEAU.

De nombreux cas d'intoxication par la cocaïne sont venus, dans ces derniers temps, mettre en évidence les dangers que peut entraîner l'emploi de ce médicament, alors même qu'on l'administre aux doses les plus modérées, et montrer qu'il y a lieu, non d'y renoncer, car il rend journellement de réels services, notamment aux chirurgiens et aux oculistes qui l'utilisent dans des conditions où il est le plus habituellement inoffensif, mais du moins de le restreindre dans des proportions considérables.

Les accidents observés jusqu'ici ont été divisés en deux catégories, suivant qu'ils surviennent passagèrement après l'administration d'une ou deux doses du médicament, ou qu'ils sont provoqués par son usage prolongé, on distingue ainsi une forme aiguë et une forme chronique de cocaïnisme. Nous vous proposons d'établir, par un fait que nous avons étudié avec M. le professeur Hardy et plusieurs autres observations personnelles ou étrangères, que les troubles caractéristiques du cocaïnisme aigu peuvent se prolonger durant un laps de temps considérable et constituer, pour le malade, un état des plus pénibles et des plus préjudiciables, sinon dangereux. L'histoire de M. X. nous servira de type pour la description de cette forme prolongée de cocaïnisme aigu ; elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le 7 mars 1890, M. X. reçoit dans la gencive d'une dent qu'un dentiste va extraire, une injection d'environ 8 milligr. de chorhydrate de cocaïne ; il éprouve, au bout de quelques instants, d'après la relation de l'opérateur, les accidents souvent décrits du cocaïnisme aigu : angoisse précordiale des plus pénibles, pouls filiforme, tellement rapide que l'on ne peut en compter les battements et que l'on ne sent pour ainsi dire qu'un frémissement de l'artère ; vive agitation, loquacité ; le malade s'exhale en d'incessantes lamentations avec une étonnante volubilité, il crie qu'il va mourir ; il marche à grands pas, donnant dans le vide des coups de poings d'une manière inconsciente ; cet état dure environ 10 minutes ; le calme survient et la dent peut être extraite. M. X. peut se relever et rentrer chez lui à pied, mais il se sent profondément accablé et dès lors se produisent les troubles fonctionnels qui vont se prolonger pendant plusieurs mois et rendre, durant cette période, l'existence du malade extrêment pénible : ils consistent en un malaise sans rémission, une céphalalgie continue, une insomnie rebelle aux narcotiques, une sensation de mauvais goût dans la bouche, des accès constitués par un état de vertige et de défaillance avec agitation, loquacité, profond

abattement, pressentiment d'une mort prochaine : ces accès se renouvellent à plusieurs reprises pendant un mois ; tout travail intellectuel est devenu impossible ; le malade est hors d'état de faire l'opération d'arithmétique la plus élémentaire ; il fait remettre ses affaires ; il se sent déprimé ; il est en proie à un profond découragement ; il éprouve, d'une manière constante des fourmillements et de l'engourdissement dans les mains et les avant-bras qu'il frotte incessamment. Deux mois seulement après l'injection une amélioration graduelle mais très lente commence à se produire, les accidents ne cessent entièrement qu'au mois de juillet ; ils ont donc duré quatre mois.

Il ne nous paraît pas contestable que ces accidents doivent être rapportés à l'action de la cocaïne, et telle a été également l'opinion de MM. Hardy et Mesnet appelés en consultation. M. X... était, avant l'opération, complètement sain de corps et d'esprit ; les troubles ont commencé peu d'instants après l'injection, en présentant les caractères habituels du cocaïnisme aigu, et ils ont persisté sans se modifier autrement que dans leur intensité ; c'étaient les mêmes sensations de défaillance avec état vertigineux, la même prostration physique et morale entremêlée d'agitation, la même loquacité et les mêmes troubles de l'innervation cardiaque pendant les accès. Nous devons dire cependant que plusieurs ont accueilli notre interprétation avec un certain scepticisme. Votre fait, disent-ils, est isolé, on ne peut en tirer de conclusions ; votre sujet est très excitable, l'injection intra-gingivale du chlorhydrate de cocaïne n'a été que la cause occasionnelle qui a mis en branle son système nerveux ; la dose de médicament injectée a été trop minime pour donner lieu à des accidents aussi graves et aussi persistants ; elle a dû nécessairement s'éliminer promptement ; on emploie journellement, sans inconvénients graves, des doses beaucoup plus élevées.

Examinons la valeur de ces diverses objections.

Notre fait n'est pas isolé : MM. Mannheim et Ricci ont vu des accès très analogues se renouveler pendant longtemps ; Mowatt a observé, dans les mêmes conditions, des vertiges qu'il qualifie de persistants ; nous devons enfin à M. François Franck la connaissance d'un fait dans lequel des accidents, très semblables à ceux qu'a éprouvés M. X..., se reproduisent depuis quatre semaines.

Tous ces sujets peuvent être qualifiés de nerveux ; s'ensuit-il que l'on puisse expliquer les troubles qu'ils ont éprouvés par la mise en jeu d'un état névropathique latent ? Certainement non, car les phénomènes observés ne se rencontrent dans aucune névrose connue et, par contre, ils offrent une frappante analogie avec ceux qui souvent suivent immédiatement l'injection et dont l'origine toxique n'est pas révoquée en doute. Le nervosisme plus ou moins prononcé des sujets constitue seulement une prédisposition dont il ne faut pas méconnaître l'importance.

Il est vrai que les chirurgiens emploient des doses beaucoup plus élevées de cocaïne et qu'ils ne provoquent que rarement des accidents graves ; c'est qu'ils pratiquent les injections dans des conditions qui assurent l'élimination rapide de la plus grande partie de la dose injectée ; il en est de même des oculistes.

L'exiguïté de la dose qui a suffi à produire chez M. X... des troubles aussi persistants, est un fait remarquable, mais non exceptionnel. On a vu la dose de 5 millig. donner lieu à des phénomènes d'intoxication.

Relativement à l'interprétation physiologique de ces accidents prolongés de cocaïnisme, on peut la résumer dans cette proposition de M. le professeur Hardy : il s'agit d'un empoisonnement des centres nerveux et plus particulièrement du cerveau. On ne peut admettre, en effet, qu'une dose aussi minime de médicament séjourne dans la circulation ; on est nécessairement conduit à admettre, soit qu'elle s'emmagasine dans les cellules de certains centres nerveux, soit qu'elle y détermine des lésions persistantes.

Le pronostic de ce cocaïnisme aigu prolongé est sérieux, en ce sens que les troubles éprouvés par les malades sont des plus pénibles et qu'il peuvent les empêcher de vaquer à leurs affaires pendant plusieurs mois ; M. X..., apprenant qu'une jeune fille, à Lille, a très vraisemblablement succombé à une intoxication aiguë par la cocaïne, nous écrit « pendant ma longue période de maladie, j'aurais accepté avec enthousiasme le sort de Mlle D..., c'est avec effroi que je me rappelle les souffrances du printemps dernier, quel supplice ! Pour rien au monde, je ne voudrais passer de nouveau par un pareil état moral et physique. »

Il est de règle de voir les sujets qui ont éprouvé des accidents graves de cocaïnisme en garder une profonde et pénible impression.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° Une seule injection interstitielle de chlorhydrate de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles ;

2° Ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres, et en des accès de défaillance avec vertiges et prostration mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation ;

3° Des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer ;

4° Leur durée peut être de plusieurs mois ;

5° On les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable ;

6° On peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

### LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

(*Suite*) (1).

IV. — COMMUNICATIONS SUR LE NOUVEAU REMÈDE DE KOCH, par le Dr KÖHLER, *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1890, n° 26, p. 1085.

V. — SUR L'ACTION DU REMÈDE DE KOCH, DANS LES CAS DE TUBERCULOSE LARYNGÉE, par M. HERTEL, assistant du prof. GERHARDT, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1890, n° 49, p. 1103.)

VI. — QUELQUES REMARQUES PRÉALABLES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE PAR LE REMÈDE DE KOCH, par le Dr LUBLINSKI *Ibidem* p. 1107.

IV. — La communication faite par M. Kohler, à la Société des médecins de la Charité de Berlin (20 novembre), complète sur certains points celle que l'auteur avait faite précédemment et dont il a été rendu compte à cette place (n° 48, p. 571). Après avoir présenté les malades affectés du lupus, en cours de traitement à l'hôpital sus-dit, M. Kœhler a examiné la question de

(1) Voir le numéro précédent.

savoir comment on doit s'expliquer l'action curative du remède de Koch dans les cas de lupus : Suivant les propres termes de Koch, le tissu tuberculeux périt, les bacilles spécifiques continuent de vivre. Qu'advient-il de ce tissu tuberculeux frappé de mort, qui retient dans sa masse les bacilles spécifiques vivants ?

Plusieurs éventualités sont possibles. S'agit-il d'un lupus à siège superficiel, il est facile à la *vis médicatrix naturæ* de repousser à la surface le tissu mortifié, avec les bacilles qu'il renferme, grâce à l'abondante sécrétion qui s'établit au niveau du foyer morbide et qu'on constate *de visu*. Les bacilles sont donc éliminés; il s'établira une guérison durable. Mais si, comme la chose est habituelle, le lupus siège dans les couches profondes de la peau, ou même dans le tissu sous-cutané, les circonstances sont toutes différentes. Dans ce dernier cas, il se formera donc dans la peau un amas de tissu mortifié, qui retient des bacilles spécifiques vivants. La peau opposera un obstacle invincible aux efforts de la nature, tendant à l'élimination du tissu mortifié qui est devenu pour l'organisme un véritable corps étranger. Cette élimination ne pourrait se faire que dans le cas où la peau serait nécrosée dans toute son épaisseur.

On n'a pas encore observé jusqu'ici une gangrène totale de toute l'épaisseur de la peau, à la suite de l'emploi du remède de Koch. Le tissu tuberculeux mortifié reste donc incarcéré dans l'organisme, et il y a lieu de se demander quel sera son sort ultérieur. A priori on peut faire les hypothèses suivantes :

1° Le tissu mortifié est résorbé : *a)* avec les bacilles vivants, et alors il pourrait en résulter des dangers graves pour l'organisme du malade (tuberculose généralisée); *b)* sans les bacilles, qui restent *in loco*, prêts à provoquer une récidive, celle-ci pouvant mettre plusieurs mois à éclater.

2° Le tissu mortifié n'est pas résorbé; il séjourne sur place, servant de refuge et d'enveloppe aux bacilles spécifiques. Tant que cette enveloppe reste intacte, les bacilles spécifiques sont inoffensifs. Mais que, pour une cause ou une autre, à la suite d'un choc, d'une pression, etc., cette barrière vienne à se rompre, et les dangers signalés plus haut seront de nouveau à craindre.

Une dernière éventualité est possible. Par suite des modifications subies par le terrain sur lequel vivent les bacilles spécifiques, il se peut que ceux-ci, à la longue, viennent à périr. Il se produirait ainsi une guérison qu'on peut qualifier d'idéale.

La conclusion pratique à tirer de ce qui précède est que, dans les cas de lupus profond, l'emploi du remède de Koch doit être appuyé par une intervention chirurgicale, celle-ci ayant pour rôle adjuvant de frayer une voie au dehors au tissu mortifié. Cette intervention chirurgicale est indiquée à la période du traitement où l'injection de fortes doses du remède ne produit plus ni réaction générale, ni réaction locale, où par conséquent tout le tissu tuberculeux est frappé de mort. C'est alors qu'il convient de procéder à l'abrasion des tissus situés au-dessus des parties mortifiées, en se servant de la cuiller.

Mais on peut adopter la marche inverse : commencer par recourir aux traitements en usage jusqu'ici, et ne procéder aux injections du remède de Koch que lorsqu'une fois les traitements anciens auront donné tout ce qu'on en peut attendre. Si, comme il n'arrive que trop souvent, du tissu tuberculeux a échappé à l'intervention première, sa présence sera sûrement décelée par la réaction que développeront ensuite les injections du remède de Koch; alors aussi, sous l'influence de ces injections, le tissu mortifié trouvera une voie tout ouverte pour son élimination.

Revenant ensuite sur quelques-uns des cas de lupus, dont il avait déjà rendu compte, M. Kœhler a fait remarquer que le second de ces cas démontre de la façon la plus nette que le lupus superficiel est susceptible de guérir en dehors de toute intervention chirurgicale adjuvante. En de nombreux îlots cutanés, envahis précédemment par le lupus, on constate non seulement des orifices de canaux excréteurs de glandes sébacées, mais encore du duvet. Toutefois ce même malade présente encore des nodosités de lupus dans le voisinage de l'oreille et de l'angle externe de l'œil. Il n'est donc pas encore guéri, ainsi que l'a fait remarquer M. Kœhler.

Dans les cas de tuberculose des articulations et des os, la conduite à tenir est la même que dans les cas de lupus.

C'est-à-dire que les foyers tuberculeux, qui se mortifieront sous l'influence des injections du remède de Koch, sont en général plus ou moins profondément situés. Il faut donc leur frayer une issue au dehors. En d'autres termes, la guérison d'une arthrite, d'une ostéite tuberculeuse ne pourra être obtenue sans une intervention opératoire, voire que d'après Kœhler il est préférable de commencer par l'intervention chirurgicale, d'opérer comme on l'eut fait avant la découverte du remède de Koch. Cela fait, on aura recours aux injections du remède, pour s'assurer que tout le tissu tuberculeux a été enlevé, et pour provoquer la mortification et l'élimination des foyers restés en place.

On voit que d'après la communication de Kœhler, faite au nom de Koch, le rôle du nouveau remède dans le traitement de la tuberculose des articulations et des os, et aussi dans le traitement du lupus, est tout autre que l'avaient représenté les révélations hâtives de ceux qui pratiquent le reportage à outrance.

— Voici deux documents qui ont trait aux premières expériences faites à Berlin, avec le remède de Koch, dans le traitement de la tuberculose laryngée.

A la clinique du professeur Gerhardt, on a expérimenté le remède de Koch sur 18 malades, sous la forme d'une solution phéniquée au titre de 0,5 0/0, et suivant la technique bien connue. Chez 14 des 18 malades, l'existence d'une affection tuberculeuse avait été reconnue avant l'emploi du remède, grâce à la constatation des bacilles spécifiques dans les crachats. Chez 3 autres, la constatation de nodosités de lupus au niveau de cicatrices provenant d'une opération antérieure parlait en faveur de l'existence d'une affection tuberculeuse; chez l'un de ces malades, on percevait en outre les signes d'une lésion du sommet, et le larynx était le siège d'altérations suspectes. Enfin chez un dernier sujet, les injections ont été pratiquées dans le seul but de trancher la question de diagnostic. Ces 18 malades ont été classés en quatre catégories : une première catégorie comprend ceux chez lesquels l'existence de foyers tuberculeux dans le larynx n'a été reconnue qu'après emploi du remède de Koch; — une seconde catégorie comprend ceux qui présentaient dans le larynx des lésions vraisemblablement tuberculeuses, lesquelles ont changé d'aspect sous l'influence du traitement; — une troisième catégorie comprend des malades affectés d'une tuberculose laryngée, et chez lesquels le traitement a provoqué la résolution partielle des foyers tuberculeux, *en même temps que l'apparition de nouveaux foyers*; — enfin la quatrième catégorie comprend deux malades chez lesquels les injections n'ont été suivies que d'une réaction générale, sans réaction locale du côté du larynx.

L'auteur conclut que l'emploi du remède de Koch met en évidence les foyers tuberculeux du larynx, partout où ces foyers sont accessibles à l'examen laryngoscopique. La réaction locale qui se produit dans ces conditions peut être étudiée dans ses moindres détails. D'abord elle se traduit par une rougeur et une congestion du tissu morbide. Vingt-quatre heures après l'injection, le tissu hyperémié et tuméfié change de teinte, il se recouvre le plus souvent d'un dépôt grisâtre, tandis que la zone marginale reste rouge. Enfin un travail de désorganisation se manifeste au centre, et il se forme là une ulcération en entonnoir. Ce travail de désorganisation se poursuit du centre vers la périphérie. Les bords de l'ulcération échangent leur teinte rouge contre une teinte d'un blanc grisâtre. L'ulcération s'aplatit de plus en plus, sans qu'on puisse remarquer une élimination de parties mortifiées. Il s'établit simplement une expectoration plus ou moins abondante.

*On n'a pas observé jusqu'ici de guérison dans le sens propre du mot*, — ce qui est attribué à la durée relativement courte qu'embrasse la période d'expérimentation, — mais, une amélioration progressive et une atténuation des symptômes morbides locaux.

VI. — MM. Lublinski et Grabower ont expérimenté le remède de Koch dans un certain nombre de cas de tuberculose laryngée en traitement à la clinique de M. Lévy. Les premières injections étaient de la valeur de 2 1/2 milligrammes, cette dose était portée progressivement à 1 centigr. Le remède, disent les deux auteurs, est de ceux qu'on peut qualifier de dangereux, étant donné que les doses minima employées ont produit des phénomènes réactionnels qui parfois revêtaient un caractère très alarmant. Il est arrivé souvent qu'à la suite d'une injection du remède, les malades sont tombés dans un état de torpeur et de somnolence, qui faisait craindre un péril extrême.

Les deux auteurs ont donné des détails très circonstanciés sur la réaction fébrile consécutive aux injections du remède : Quelques heures après l'injection, la température interne s'élève par échelons ; elle atteint son acmé au bout de six ou sept heures. Cette période d'acmé dure une ou deux heures. Au bout de dix-huit à vingt heures, la température est redescendue à son niveau physiologique.

On observe, d'autre part, pendant la phase réactionnelle, des palpitations, une sensation de constriction thoracique. La toux tantôt augmentait, tantôt diminuait de fréquence et d'intensité. Quelques malades se sont plaints d'éprouver une sensation de sécheresse dans la gorge. Pendant la période de réaction, la voix était voilée. Une fois la fièvre tombée, la toux devenait plus fréquente.

Les malades qui ont fait l'objet de ces expériences présentaient des infiltrations avec ulcérations de la muqueuse interaryténoïdienne des cordes vocales, de l'épiglotte et des replis épiglottiques. Déjà après injection de doses très faibles du remède, on observe des modifications de la muqueuse laryngée. Les bords saillants des ulcérations s'applatissent ; le fond se déterge, les ulcérations deviennent de plus en plus petites. Dans un cas, on a vu se former à la surface de l'ulcération un dépôt grisâtre, qui était peut-être de même nature que les amas de détritus constatés par M. Bergmann dans des cas analogues. Le lendemain, le dépôt avait été éliminé et l'ulcération s'était détergée. Enfin la tuméfaction œdémateuse autour des ulcérations et l'infiltration de l'épiglotte diminuent dans le cours du traitement. Chez un malade qui ne pouvait plus avaler, la déglutition se faisait déjà mieux après la seconde injection; mais l'infiltration persistait. Les craintes qu'on a conçues de voir se produire un œdème de la glotte, sous l'influence de la réaction locale provoquée par les injections, ces craintes ne se sont pas réalisées, et cependant chez deux malades, par suite de la périchondrite concomitante, la fente glottique était considérablement rétrécie.

M. Grabower a ajouté que s'il est impossible de se prononcer à l'heure présente sur le sort des malades qui ont fait l'objet de ces expériences, deux points paraissent acquis dès maintenant : c'est que 1° les manifestations initiales de la tuberculose se dissipent après emploi du remède de Koch ; c'est que 2° entre autres phénomènes réactionnels, les injections provoquent des symptômes d'oppression.

Pour ce qui concerne le premier point, M. Grabower a cité comme preuve, le cas d'une femme de 31 ans, dont les crachats contenaient des bacilles de la tuberculose. Cette femme présentait des signes de tuberculose laryngée, mais depuis très peu de temps seulement; la muqueuse du larynx était très pâle, et, entre les deux extrémités postérieures des cordes vocales, le pli inter-aryténoïdien était le siège d'une large infiltration.

Le 10 novembre dernier, on fit à la malade une première injection du remède de Koch; pendant la phase de réaction, T. 39,7, pas de modification de l'état local. Le 13, on fait une seconde injection, à la suite de laquelle le foyer d'infiltration se réduit à un quart de son volume primitif; il s'était aplati, son étendue superficielle restant la même. Le 15, on fait une troisième injection. Cette fois, le foyer d'infiltration se rétrécit et se fragmente. Le 19, on fait une quatrième injection, à la suite de laquelle l'infiltration se réduit à un épaississement épidermoïdal.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène appliquée, par le Dr Eugène Richard, médecin principal de l'armée, agrégé libre du Val-de-Grâce, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. — 1 vol. in-18 cartonné diamant, de 779 pages, 307 figures dans le texte, chez O. Doin. Prix 9 francs.

M. le docteur Eugène Richard vient de publier un précis vraiment pratique dans lequel il passe en revue toutes les questions qui touchent à l'hygiène publique et privée. Certes, nous ne pouvons nier que l'hygiène ne soit aujourd'hui en honneur, et que l'étude n'en soit devenue familière à tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, ont à diriger ou à protéger la santé de leurs semblables. Mais les plus versés dans l'hygiène théorique sont souvent arrêtés par des questions de détail qui rendent difficile l'application des notions apprises.

M. Richard sait ce qui manque aux hygiénistes de cabinet, et, familiarisé lui-même depuis longtemps avec les idées pratiques, il a voulu combler une lacune existant réellement : on peut dire qu'il y a réussi.

Son *Précis* se divise en six parties. La première, consacrée à l'éloignement des matières usées, se divise en quatre chapitres : la protection des surfaces, le nettoyage, et l'évacuation des matières solides, l'évacuation des matières liquides, l'épuration des eaux d'égout.

La deuxième partie, propreté corporelle et désinfection, comprend deux chapitres ayant ces deux titres.

La troisième partie, propreté de l'air, est complète en un seul chapitre.

Deux chapitres, l'éclairage et le chauffage forment la quatrième partie.

La cinquième a pour sujet les hôpitaux.

La sixième, qui étudie la préservation, des matières alimentaires, comprend deux chapitres : l'un qui concerne la préservation de l'eau de boisson, le deuxième qui s'occupe de la conservation des substances alimentaires.

Cette division et ces subdivisions rationnelles expliquent bien le plan et les tendances de cet excellent livre, mais il faut entrer dans les détails pour s'apercevoir que M. Richard n'en a omis aucun, que tous les procédés qu'il indique, il les a vu appliquer; qu'il sait où l'on trouve tel appareil, telle matière expérimentée par des auteurs compétents, et quelquefois par lui-même, il en indique la forme, la dimension et les doses, et il n'oublie pas non plus le prix.

Il faudrait citer un grand nombre d'articles pour dire tous ceux dont la connaissance est utile à l'hygiéniste et que l'auteur a bien traités. Une étude bien intéressante est celle des poussières des appartements et des immondices des villes traitée dans le premier chapitre, qui donne aussi tout ce qui a trait aux cimetières, à la crémation, à l'épandage des matières usées liquides comme moyen d'assainissement des villes, et subséquemment de fertilisation des terres. Naturellement l'installation des lieux d'aisances a une place importante dans ce chapitre.

Quand M. Richard arrive à la propreté corporelle, il passe en revue les divers systèmes de lavage du corps employés dans les prisons et les casernes, et que bien des villes devraient installer chez elles pour assurer la santé de leurs habitants. Les systèmes qu'il décrit sont faciles à installer et peu coûteux, en effet.

Toutes les opérations concernant le blanchissage sont énumérées et le chapitre suivant, qui ne comprend pas moins de 100 pages, est consacré à la désinfection. M. Richard étudie tous les moyens, précise les cas dans lesquels il faut les employer pour les personnes, les vêtements, les meubles, les locaux, les voitures, etc., et il montre fort bien avec quelle facilité et quelles minimes ressources on peut procéder à cette opération capitale qui, sans se perdre dans des minuties, peut rendre de sérieux services. M. Richard s'élève contre l'opinion exagérée de ceux qui croient faire œuvre de désinfection en remplaçant un papier de tenture ancien par un papier neuf, et l'opinion non moins exagérée de ceux aux yeux de qui certains désinfectants, le sublimé au 1000e par exemple, passent pour détériorer tout ce qu'ils touchent. M. Richard entre, au point de vue de la désinfection, dans les explications les plus complètes et il appuie ses conseils sur des expériences soigneusement faites.

Si nous passons à la troisième partie, propreté de l'air, nous étudions, avec l'auteur, la désodorisation de l'air ou plutôt des locaux qui l'enferment et lui communiquent une mauvaise odeur et la ventilation. Dans ce dernier article, tous les moyens sont énumérés, depuis la ventilation naturelle jusqu'aux verres perforés en passant par la ventilation à l'aide de puissants appareils.

Dans la quatrième partie, M. Richard critique le chauffage par cheminées, procédé dispendieux qui n'a de mérite que la ventilation qu'il effectue et qui a le défaut de la produire « hors de proportion avec les besoins réels et d'autant plus active et plus gênante que la température est plus basse. »

Il décrit ensuite les appareils de chauffage, critiquant ceux au gaz qui n'évacuent pas on n'évacuent qu'incomplètement les produits de la combustion et qui sont ruineux, n'ayant d'autre avantage que celui d'être vite mis en action, d'être limités aux besoins nominaux et de servir au besoin comme appareils auxiliaires.

M. Richard nous dit aussi l'inconvénient du chauffage central par l'air qui fournit une atmosphère desséchée et malsaine, les avantages du chauffage par la vapeur qui convient aux grands établissements; c'est surtout parce que ce dernier moyen permet de placer les surfaces chauffantes au pied des parois refroidissantes que M. Richard lui donne la préférence, car il insiste, au début du chapitre, sur ce fait que ce qu'il importe surtout de chauffer, ce sont les parois des pièces habitées, vu qu'elles refroidissent notre corps par le rayonnement et aussi par le refroidissement de l'air qui est en contact avec elles.

Les autres avantages des appareils à vapeur sont leur fonctionnement sûr, la portée presque illimitée du chauffage, et la suppression des chances d'incendie. C'est aussi le procédé que M. Richard trouve le meilleur pour le chauffage des wagons, mais malheureusement le plus coûteux et sur lequel une circulaire ministérielle vient d'attirer l'attention des compagnies.

C'est par l'éclairage électrique que M. Richard commence le deuxième chapitre de la 4e partie; mais l'article qu'il lui consacre est très court, bien que l'auteur reconnaisse à ce procédé sa commodité et sa salubrité et ne lui trouve d'autre défaut que son haut prix.

Dans son deuxième article sur l'éclairage au gaz, il n'est pas un point essentiel que M. Richard ait négligé, et il juge d'un trait les dangers de ce gaz à l'eau, qui est d'un prix modique, mais que l'on doit repousser à cause des proportions colossales d'oxyde de carbone qu'il renferme, et non, comme le disait, ces jours-ci un journal politique, parce que le grand banquier Z... n'a pas voulu favoriser ce mode d'éclairage.

M. Richard mentionne tous les perfectionnements dont l'éclairage au gaz a été l'objet et qui, tout en permettant l'évacuation des produits toxiques de la combustion, donnent une économie de 33 à 73 0/0 sur les procédés anciens; mais il critique l'énorme et nocive chaleur que donne la lumière du gaz et que plusieurs procédés, entre autres ceux de Coindet, ont essayé de diminuer.

La 5e partie, consacrée aux hopitaux, nous montre tout ce qui a rapport à la construction, à l'aménagement d'un hôpital, pas aussi coûteux que ceux que l'on a bâtis et que l'on bâtit en ce momment, dans des villes qui veulent faire « grand ». La literie, les crachoirs, les systèmes d'isolement, la ventilation, le chauffage, le mobilier, la surveillance sont fort bien étudiés. M. Richard estime que « toute petite ville, tout groupe de village devrait pouvoir être pourvu d'un petit hôpital pour recevoir tout malade contagieux qui ne peut être convenablement isolé dans son domicile. »

La loi nouvelle, grâce à laquelle des communes voisines peuvent se syndiquer pour des installations qui seraient onéreuses à chacune d'elles prises séparément, peut rendre ici des services signalés.

Dans un article spécial, M. Richard nous parle des constructions pour hospitalisation provisoire, tentes, baraques démontables et transportables, (systèmes Dœcker, Espitalier, Tollet), et il en donne tous les détails. Le dernier article de cette partie est consacré au transfert à l'hôpital des malades atteints d'affections contagieuses.

Dans la sixième et dernière partie, M. Richard traite de la préservation des matières alimentaires.

Il y a plusieurs manières de capter des eaux, de faire des puits instantanés ou autres. M. Richard les donne ainsi que les indications sur le choix des terrains où l'on doit chercher l'eau. Sans nous donner tous les renseignements qui touchent à la

science de l'ingénieur, l'auteur dit ce que doit connaître et obtenir l'hygiéniste, puis il passe aux formalités et aux garanties dont l'administration entoure l'autorisation de captage accordée aux villes, formalités trop nombreuses, trop lentes, dont le *Temps*, par la plume de Paul Bourde, nous décrivait, il y a deux ans, les minuties désespérantes.

M. Richard ne manque pas d'étudier avec soin le mode d'assemblage des tuyaux qui importe tant à la santé publique; aucun détail n'est passé sons silence. Il insiste aussi sur le tuyautage dans les maisons fournies d'eau, sur la robinetterie, sur le mode d'approvisionnement des demeures particulières, etc. Tout un article est rempli par l'histoire de la filtration de l'eau, et il est d'un grand intérêt hygiénique.

Le chapitre deuxième de la sixième partie a pour titre: Conservation des substances alimentaires. M. Richard indique les procédés qui emploient le froid et ceux qui emploient la chaleur; les premiers ayant pour but, soit de transporter les viandes à de courtes distances ou de les conserver sur place aux époques où l'offre excède la demande, soit de les conserver très longtemps en poussant le refroidissement jusqu'à la congélation. Ces deux procédés, il les décrit avec toutes leurs variantes.

Le livre se termine par la conservation du lait et les minutieuses précautions qu'on a prises, dans ces derniers temps, pour le stériliser, et par la conservation de la bière, qui, si elle n'est pas soigneusement faite, peut exposer le consommateur à de graves accidents.

Telle est, bien abrégée, malgré sa longueur, l'analyse que nous pouvons donner du *Précis* de M. Richard. Il est excellent, très complet et très clair, et, comme nous l'avons dit, c'est un guide sûr pour tous ceux, médecins, administrateurs, membres de conseils d'hygiène ou de commissions d'hospices, qui, à un titre quelconque, ont à s'occuper de la salubrité des villes et de la santé de leurs habitants.

Dr C. Delvaille.

Traité de l'hygiène publique, d'après ses applications dans différents pays d'Europe (France, Angleterre, Belgique, Allemagne, Autriche, Suède et Finlaude), par le Dr Albert Palmberg, traduit du suédois sous la direction de M. A. Hamon, avec une préface de M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-8° de 620 pages avec 210 fig. dans le texte. Prix : 14 fr.

Cet ouvrage, publié par le Dr Palmberg, vice-président de la Société d'hygiène de Finlande, a été traduit en français sous la direction de M. Hamon dont on connaît les travaux sur la nocuité du plomb dans les conduites d'eau potables. C'est un beau volume de 600 pages publié par la librairie O. Doin et orné de figures éclaircissant les descriptions par trop techniques.

Le sympathique doyen de la Faculté de médecine de Paris, le professeur Brouardel a bien voulu présenter ce volume au public français en le faisant précéder d'une éloquente préface.

La législation sanitaire de l'Angleterre est décrite avec un soin minutieux; vient ensuite celle de l'Ecosse, de la Belgique, de la France, de l'Allemagne, de l'Antriche, de la Suède et de la Finlande. Ces deux derniers pays, peu connus parmi nous, méritent une mention toute particulière : le culte de la science est aussi vif en Finlande que dans les pays où la langue nous est plus familière, et les applications hygiéniques sont plus strictes et plus précises en Suède que dans certains pays où la science a donné plus tôt de riches moissons.

En somme ce traité vient combler une lacune dans la littérature hygiénique française et étrangère.

## BULLETIN

### LA MÉTHODE DE M. KOCH. — LE COCAÏNISME ET L'ART DENTAIRE.

L'expérimentation de la méthode de M. Koch a franchi les frontières d'Allemagne ; elle se poursuit actuellement dans les principaux centres de l'Europe, Vienne, St-Pétersbourg, Londres, Paris. Est-ce à dire que la préparation de la précieuse lymphe ait été, comme nous en exprimions le vœu dans notre dernier *Bulletin*, livrée à la publicité? Nullement, et si des savants en petit nombre peuvent répéter les expériences de M. Koch, cela tient uniquement à leurs relations personnelles avec le professeur de Berlin et au désir de celui-ci de leur être agréable. Son secret même ne lui appartient plus : il est devenu *secret d'Etat*. Il résulte, en effet, de la réponse, publiée par les journaux, du ministre de l'Instruction publique de Prusse à l'interpellation qui lui a été adressée par le Dr Graf devant la Chambre des députés, que le gouvernement prussien est désormais propriétaire et distributeur de la lymphe de Koch.

En France, où les savants, rivalisant de désintéressement, s'empressent de répandre dans le domaine public leurs découvertes et d'en faire ainsi largement bénéficier le plus grand nombre, nous avons de la peine à comprendre l'État se réservant le monopole de la fabrication et de l'exploitation d'un remède secret, et personne ne se laissera convaincre par les raisons du ministre prussien qui cachent un profond égoïsme national sous les dehors de préoccupations humanitaires. Tant que la nouvelle méthode est à l'état d'essai ou d'expérimentation, un pareil système peut être défendu et, jusqu'à un certain point, justifié. Mais, si les espérances de M. Koch venaient à se réaliser, si son remède était véritablement reconnu efficace dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire ou autre, on ne saurait admettre que l'humanité tout entière restât tributaire d'une seule nation, de quelque libéralité que celle-ci pût faire preuve. Il n'est pas douteux qu'alors la question ne fût l'objet, entre les divers gouvernements, de négociations diplomatiques.

Malheureusement, nous n'en sommes pas encore là, car si l'expérimentation, au fur et à mesure qu'elle s'étend et se multiplie, confirme, dans un grand nombre de cas, les effets physiologiques immédiats de la méthode de M. Koch, elle ne laisse pas, d'autre part, de justifier, au point de vue thérapeutique, toutes les réserves qu'ont formulées, dès le principe, les esprits sages et réfléchis.

Déjà les phénomènes graves et même les accidents mortels qu'on a observés dans quelques cas, à la suite des injections du remède, ont appelé l'attention sur les contre-indications qu'on peut rencontrer, contre-indications nombreuses, ainsi qu'on a pu le voir dans la conférence de M. Cornil, et qui restreignent d'autant le champ des applications pratiques de la méthode.

D'un autre côté, si l'on a pu observer des améliorations notables ultérieurement à la réaction caractéristique qui suit l'injection de la lymphe, personne, de l'aveu même des expérimentateurs allemands, n'a pu constater un cas de guérison complète, ce qui se comprend par l'évolution lente, souvent par poussées ou à-coup des affections tuberculeuses, quel qu'en soit le siège. Le lupus même, qui constitue la forme dans laquelle les effets de la médication nouvelle ont eu la manifestation objective la plus nette, le lupus récidive à brève échéance, ainsi que M. Bergmann en a observé un exemple.

Enfin cette réaction caractéristique, générale ou locale, posée d'abord comme une loi, est moins constante qu'on ne l'avait

cru. Sous les yeux de différents expérimentateurs (Leyden, Dickschen, Hertel, Péan, etc.), elle a fait défaut chez des sujets manifestement tuberculeux. Ailleurs une réaction générale a pu être observée chez des malades non atteints de tuberculose, (Kœhler). Ici sans doute la dose du médicament injecté a joué le principal rôle; mais comment, avec les dispositions individuelles si variables, déterminer une dose minima au-delà de laquelle la réaction doit être constamment nulle chez l'homme sain? L'injection de la lymphe de Koch, comme élément de diagnostic, et par suite de traitement, n'a donc pas la valeur absolue que quelques-uns se sont plu à lui attribuer.

On voit, par ces quelques réflexions, combien restent nombreux les points à élucider, sans compter l'étude anatomo-pathologique du processus déterminé par la lymphe de Koch dans le tissu tuberculeux, étude recommandée par M. Billroth et qui vient d'être à peine abordée par M. Israël.

Avant de pouvoir être considérée comme *le remède de la tuberculose*, la lymphe de M. Koch constitue donc encore un produit de laboratoire qui appelle les recherches et le contrôle expérimental des biologistes, des anatomo-pathologistes et des cliniciens. Le caractère secret de ce produit et la difficulté de se le procurer sont autant d'entraves à ces recherches. D'excellents esprits se sont demandé s'il y avait lieu d'expérimenter cliniquement un remède secret, quelque autorisée que fût la source d'où il provient. L'Académie de médecine de Belgique, après une discussion fort orageuse, n'a décidé qu'à une faible majorité qu'elle entendrait une communication sur le traitement de Koch, sujet à propos duquel, dans l'impossibilité d'un contrôle expérimental, elle jugeait opportun et digne de garder un silence complet. En ce qui nous concerne, nous croyons que le légitime crédit dont jouit dans le monde scientifique le professeur de Berlin, non seulement autorise, mais commande l'essai de sa méthode. Aussi continuerons-nous de recueillir dans nos deux journaux, avec toute l'impartialité qui convient en pareil cas, les principaux documents qui nous parviendront, en particulier les résultats des recherches qui se poursuivent à Paris sur les effets du nouveau médicament dans les tuberculoses cutanées (1), chirurgicales et pulmonaires.

— L'intéressante observation de cocaïnisme aigu prolongé, communiquée à l'Académie de médecine par M. Hallopeau, et que nous publions plus haut *in extenso*, appelle de nouveau l'attention sur les lois et règlements qui doivent régir l'exercice de l'art dentaire. Quelle que soit la substance employée pour soustraire un patient à la douleur de l'extraction d'une dent ou de toute autre opération pratiquée dans la bouche, éther, chloroforme, protoxyde d'azote, cocaïne, etc., il peut survenir des accidents mortels, et l'emploi de ces agents exige des connaissances médicales que garantit seul le diplôme de docteur. Le parchemin délivré par les Ecoles récemment créées, peut témoigner de connaissances techniques propres à l'art dentaire; mais il ne saurait tenir lieu du diplôme délivré par les Facultés, qui ne s'obtient qu'après de longues et sérieuses études. Il importe que nos législateurs ne perdent point cela de vue dans la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Dr F. DE RANSE.

(1) Les médecins de l'hôpital Saint-Louis se sont constitués en commission pour étudier l'action de la lymphe de Koch dans les cas de tuberculose cutanée.

## NOTES ET INFORMATIONS

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. (*Séance du 1er décembre.*) — M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire en France. Pendant la semaine dernière, 55 navires sont entrés dans nos ports; 970 voyageurs venaient d'Espagne; 53 opérations de désinfection ont été pratiquées.

Aux deux postes sanitaires de Cerbère et de Hendaye il est passé, du 19 au 25 novembre, 2,089 voyageurs arrivant d'Espagne, et l'on a opéré 372 désinfections.

M. Monod donne ensuite communication de l'état des entrées et de la mortalité par maladies transmissibles dans les hôpitaux de Paris et de Lyon.

M. Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger. Le choléra semble s'éteindre en Espagne. Du côté de la Syrie, la situation est toujours grave. L'extension de l'épidémie cholérique vers le nord par Adana et Sivas menace la mer Noire du côté de Samsoum. Dans le midi, l'épidémie se rapproche toujours de Damas, de Beyrouth et du Liban. Le villayet d'Adana est compromis par le port de Mersine, où l'on a constaté un décès cholérique le 16 courant. Enfin, Tripoli et Latakieh sont menacés. Il y a eu à Constantinople, le 13 novembre, sur l'ordre du sultan, une séance extraordinaire du conseil de santé, en vue de renforcer les mesures de prophylaxie contre la marche du choléra en Syrie.

HYGIÈNE DES LYCÉES ET COLLÈGES. — Le ministre de l'instruction publique a adressé aux recteurs d'académie la circulaire suivante :

« Mon attention a été appelée sur les dangers que peut présenter, au point de vue hygiénique, la qualité plus ou moins pure de l'eau mise comme boisson à la disposition des élèves des lycées et collèges de garçons et de jeunes filles, soit dans les réfectoires, soit dans les cours de récréation.

« Cette question mérite, en effet, toute notre sollicitude. Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien m'adresser le plus promptement possible, pour chacun des établissements d'enseignement secondaire de votre académie, un rapport faisant connaître la provenance, la composition chimique et le mode de canalisation de l'eau dont les élèves peuvent faire usage. On aura soin d'indiquer également, s'il y a lieu, le système de filtre adopté dans chaque établissement. »

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Une association amicale entre médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale vient de se constituer à Paris. Elle a pour but principal de créer des relations entre les membres du corps de santé et de tenir ses membres au courant des modifications de service. Des conférences doivent être organisées dans ce but au Cercle militaire.

L'association comprend comme membres titulaires les médecins de réserve et territoriaux domiciliés dans le gouvernement militaire de Paris, et comme membres correspondants ceux qui habitent en dehors de cette zone.

La cotisation annuelle est de cinq francs; les séances ont lieu six fois par an au Cercle militaire; il y aura un bulletin périodique.

Ceux des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui désireraient faire partie de cette association amicale sont priés de s'adresser, pour obtenir communication des statuts et règlement soit au président, M. Kuhff, rue de Rivoli, 69, soit au secrétaire général, M. Gorecki, boulevard Haussmann, 86.

## NOUVELLES

**Facultés et Écoles des départements.**

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le Dr Jolyet, professeur de médecine expérimentale, est nommé sur sa demande, professeur de physiologie.

M. Conil est maintenu, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie.

M. Ducung est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du cours de chimie.

M. Barret de Nazaris est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

*Faculté de médecine de Lille.* — M. le Dr Wertheimer, agrégé, est nommé professeur de physiologie.

M. le Dr Lemoine, professeur de thérapeuthique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

*Faculté de médecine de Lyon.* — M. Curtillet, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, pour une période de trois ans (emploi nouveau).

*Faculté de médecine de Nancy.* — Les chaires d'histologie et de thérapeutique et matière médicale sont déclarées vacantes.

*École de médecine de Nantes.* — M. Bouthelier est nommé préparateur du cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale.

M Picot est nommé prosecteur.

M. Labbé est nommé aide d'anatomie.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Librairie des Archives d'hydrologie.*

**Étude sur les bains de mer du littoral hollandais,** par WILLEM FRANCKEN, docteur en médecine de l'Université d'Amsterdam et de la Faculté de médecine de Paris.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 NOVEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde,13. — Variole, 0. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2.— Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 33. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 43. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 4. —Maladies organiques du cœur, 59.— Bronchite aiguë, et chronique, 66. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 59. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 52. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.— Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 11. Total 904.

*Le Rédacteur en chef et gérant,* F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CHIRURGIE PRATIQUE

### GREFFE CUTANÉE DANS L'ECTROPION CICATRICIEL DE LA LÈVRE INFÉRIEURE,

Par P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Les procédés recommandés pour la cure de l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure sont très nombreux.

L'autoplastie par la méthode française; la mobilisation de la cicatrice par les procédés de Delpech, de Blasius, de Rynd; la méthode des incisions avec suture par les procédés de Wharton Jones, de Verneuil; la méthode avec interposition d'un lambeau pris en dehors de la région malade et mobilisé par les procédés de Carden, de Jobert de Lambale, de Teale, ont donné, dans des cas particuliers, de brillants résultats.

L'observation que nous présentons nous paraît démontrer qu'à côté des méthodes classiques, consacrées par l'expérience, on peut, dans quelques cas particuliers d'ectropions cicatriciles de la lèvre inférieure, retirer de très grands avantages de transplantations cutanées. Le succès que nous avons obtenu ndique la valeur de ce procédé simple, efficace et exempt de dangers.

Le 1er octobre 1888, se présentait, à ma consultation du Dispensaire Furtado-Heine, nne jeune fille très robuste, de 14 ans, qui venait réclamer mes soins pour une difformité cicatricielle très marquée de la lèvre inférieure. A la suite d'une brûlure très étendue de la partie inférieure de la face, à l'âge de 2 ans, il s'était produit un ectropion de la lèvre inférieure avec brides et cicatrices de la joue, du menton, de la région sus-hyoïdienne. Cette difformité n'avait fait que s'accentuer avec l'âge.

La lèvre inférieure était attirée en bas et en dehors par de puissantes brides cicatricielles, principalement à droite. A droite et à gauche, deux brides attiraient et renversaient la lèvre inférieure, produisant dans la partie médiane un cul-de-sac assez considérable pour recevoir la pulpe de l'index.

A la partie inférieure des joues et dans la région mentonnière, la peau était ridée, déprimée en certains points, assez rétractile et peu souple. Les tissus de cicatrice occupaient une grande surface.

Dans la région sus-hyoïdienne droite, à quelques centimètres de la ligne médiane, on observait une bride peu profonde, rétractile, correspondant à la bride principale droite de la lèvre.

De cette difformité cicatricielle résultait un renversement énorme de la lèvre inférieure, principalement à droite. Les dents étaient découvertes, les gencives enflammées, la lèvre inférieure était rouge, excoriée, hypertrophiée, avec des fissures douloureuses, la salive s'écoulait constamment au dehors.

L'aspect du visage était repoussant.

## FEUILLETON

### CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE

#### ÉTUDES TRIMESTRIELLES

*Suite* (1)

II

Je pourrais prendre ce mal en patience ou en indifférence comme les modes d'avancement « au choix de la faveur». Mais j'ai la médecine militaire en tel cœur, je crois avoir fait pour sa liberté et son déchaînement, pour la sortie du tombeau de ce Lazare, tellement tant que j'ai pu et aujourd'hui encore, que c'est pour moi une blessure que ses blessures, un choc en retour.

Nous voici à la période saisonnière de l'Avancement, les chemins de fer ont transporté à Paris, et à quart de tarif, des wagons pleins de proposés qui viennent suivre leur proposition en la poussant. C'est toujours le même cérémonial : un coup de sonnette, une carte, un salut abominablement respectueux, l'air ému, des adulations préparées suivant ce qu'on appelle par derrière « le type » et puis une sortie à peu près à reculons. Les esprits médiocres excellent à ces petites grandes manœuvres, les supérieurs y seraient détestables, s'ils les osaient. Mais ils n'ont pas ce courage malheureux — et beureux. Ils sont invariablement battus à ce jeu qui devient pour eux un jeu d'échecs.

***

Certes on avance plus équitablement que naguère. Autrefois on classait des jeunes précipitamment, et quelquefois des jeunes premiers extraordinairement ordinaires. C'est ce qui fait un barrage actuel d'avancement pour aboutir vers le xxe siècle, ce qui est aussi excessif, à une inondation.

Aujourd'hui l'on découpe à peu près à l'ancienneté une tranche d'annuaire, une tranche de ce fruit dû à l'horticulture de la famille Rozier. C'est mieux, mais ce n'est pas une sélection, c'est le passe partout d'à peu près tout le monde.

(1) Voir le numéro précédent.

La jeune malade nous demandait avec insistance de tenter quelque chose pour remédier à son infirmité.

Le tissu de cicatrice occupant une grande partie de la face, les brides cicatricielles étant dans des positions spéciales, nous ne pouvions choisir un procédé avec emprunt aux parties voisines constituées par du tissu de cicatrice, très rétractile, peu viable. Nous avions songé un instant à suivre le procédé si ingénieux du professeur Verneuil : faire une plaie en V supérieure, la réunir en Y, pratiquer une incision curviligne



au-dessous de la première; disséquer le lambeau compris entre les deux sections, le remonter pour l'accoler à la plaie supérieure; pratiquer, s'il était nécessaire, des incisions libératrices au niveau des clavicules. Ce procédé ne nous paraissait pas applicable à notre cas; les cicatrices occupaient une situation spéciale, elles étaient peu importantes dans la région du cou; le glissement des lambeaux, pris dans une région entièrement composée de tissu cicatriciel, aurait été difficile. Le procédé de greffe cutanée nous paraissant préférable nous nous décidons à suivre scrupuleusement la méthode de transplantation cutanée adoptée par les oculistes pour la restauration des paupières (Lefort, Sichel, Ollier, Wolf, Stelwag) et que nous avons vu exécuter dans plusieurs cas avec succès par notre maître Abadie.

Après avoir désinfecté pendant plusieurs jours la bouche de la malade avec une solution d'acide salicylique et le terrain opératoire par des savonnages et des lavages au sublimé, nous pratiquons le 12 novembre 1888, l'opération de la façon suivante :

Une incision transversale est faite de chaque côté de la lèvre inférieure au niveau des brides, assez profonde pour permettre à la lèvre de se relever et d'occuper sa situation normale. Avec la pointe du bistouri on détruit quelques brides cicatricielles à la périphérie de la plaie. On obtient de cette façon deux surfaces sanglantes, l'une, à droite ayant la forme d'un cœur de carte à jouer de 1 cent. 1/2 sur 1 cent.; l'autre, à gauche, en forme de triangle à base inférieure arrondie, la pointe du triangle regardant en haut et en dehors du côté de la commissure, de 1 cent. de hauteur et 1 cent. 1/2 de largeur.

On trace et on découpe sur du papier la forme des lambeaux qui doivent s'appliquer sur les plaies. Ces lambeaux sont disséqués sur la partie antérieure et moyenne du bras, en ayant soin de détacher *toute la peau* sans le pannicule graisseux sous-cutané ; ils sont *un peu plus grands* que le tracé sur le papier, afin de compenser la rétraction que subit la peau enlevée.

Les deux lambeaux sont transplantés sur les surfaces saignantes, lavées à l'acide borique et privées de leurs caillots. Ils s'appliquent très exactement et sont fixés par 30 points de suture avec de la soie *aseptique* très fine. Le pansement légèrement compressif avec de la gaze iodoformée et de la ouate au sublimé est laissé en place 8 jours.

Le 19 novembre, on enlève les points de suture, les lambeaux ont pris dans toute leur étendue; il existe une légère desquamation *seulement épidermique* avec coloration bleuâtre, sur le lambeau du côté gauche au sommet du triangle, et à droite dans un très petit point de la partie supérieure du lambeau. Les bords des lambeaux ne sont pas tuméfiés; il n'y a pas de gonflement, pas une goutte de pus.

On pratique tous les jours, pendant quelques minutes, des pulvérisations au niveau des lèvres et au menton avec une solution borique.

Les plaies du bras sont réunies.

---

Il semblerait qu'il n'y a pas d'autre issue que la faveur ou pas de choix.

Cependant il y a ce concours public qui donne à l'Ecole supérieure de guerre les résultats que l'on sait. Et pour nous techniques, où n'interviennent qu'à un degré moindre ces inconnues : le courage, la décision, les larges hardiesses générales qui violent la victoire, on pourrait « tarer » le mérite individuel bien mieux. A cette Ecole des trois termes qui pour nous sélectent le moins imparfaitement l'humain « concours public avec classement public donnant droit public à l'avancement » ils n'ont encore que les deux premiers; pour le choix si étrangement choisi il y a, si l'on peut confronter ces deux mots, les droits de la faveur par vitesse acquise d'un passé de dix-huit siècles de favoritisme. Mais patience! Plus tard on sera étonné de la plus-value de progrès qu'on eût pu obtenir par simple décret en notre médecine militaire.

***

En attendant, parmi ces majors de 2e classe qui ont le n° 300 et 36 ans d'âge et qui par les dix-neuf vacances de 1890 ont, pour arriver au 4e galon, à voir découper des tranches d'annuaire égales jusqu'à 52 ans (un âge où d'autres sont inspecteurs), combien ont une valeur inexplorée, forcée au chômage faute d'outil?

Le concours hospitalier n'a qu'une sanction platonique, un succès d'estime, il n'assure en rien l'avancement, ce n'est même pas un parchemin pour ces tempéraments de travail qui se sentent ailés, mais sans espace.

Quant aux publications et aux livres, ce n'est que vers 1995 qu'on n'en tiendra pas compte contre eux.

***

Une satisfaction moins lointaine sera sans doute donnée avec les galons de grade aux officiers d'administration. Mais il ne faut pas s'illusionner sur le vote par assis et levé du projet de loi de M. Letellier. L'Intendance va recommencer là sa guerre de sept ans contre le corps de santé avec contre-projet, amendements, paragraphes additionnels, renvois aux commissions et autres crocs en jambe de défense désespérée.

Car ce sera la fin. Jusqu'à présent, grâce à un concours demi-

Le 25 novembre la cicatrisation est complète, la peau transplantée a repris la coloration normale. la lèvre est remontée, la salive ne s'écoule plus à l'extérieur, la face, malgré les cicatrices périphériques persistantes, a un aspect plus agréable.

On pratique un massage régulier au niveau des cicatrices et principalement de la bride cicatricielle du cou. Cette bride s'assouplit rapidement, les mouvements du cou deviennent très faciles.



La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (1er juillet 1890), *aucune rétraction cicatricielle ne s'est produite.* La peau transplantée a les caractères de la peau saine voisine, la sensibilité tactile au niveau des points transplantés est cependant légèrement émoussée.

La lèvre n'est plus hypertrophiée, la muqueuse a repris ses caractères normaux, elle occupe sa situation normale.

Cette observation prouve que l'on peut, dans d'autres régions que les paupières, transplanter des lambeaux cutanés au milieu des cicatrices. Contrairement à l'assertion de quelques auteurs, ces lambeaux adhèrent bien ; le derme ne disparaît pas en se résorbant, leur vitalité est indiscutable.

Il nous semble que la méthode que nous avons employée peut rendre de grands services dans le traitement des difformités par rétraction cicatricielle en quelque région qu'elles existent. Ce procédé de greffe ne donnera que de rares insuccès, si l'on suit les règles opératoires que nous recommandons. La greffe cutanée ne peut évidemment convenir à tous les cas de difformité par rétraction cicatricielle ; on doit, suivant les indications, employer l'un ou l'autre des procédés que nous avons signalés plus loin. Comparé à quelques-unes des méthodes qui pourraient la remplacer et particulièrement à la méthode italienne modifiée, elle nous paraît dans beaucoup de cas supérieure. Elle est d'une simplicité extrême, n'exige pas de longs pansements, avec position spéciale des membres pendant plusieurs jours.

Nous rappellerons, en terminant, les précautions qui sont indispensables pour assurer la réussite de l'opération :

- Désinfecter soigneusement le champ opératoire et les parties voisines, plusieurs jours avant l'opération.

Pendant l'opération, lavages à l'acide borique. L'acide borique doit être préparé au sublimé.

Les lambeaux transplantés seront constitués par toute la peau avec le moins de graisse possible. Ils seront pris de préférence à la face interne du bras. Eviter de tremper les lambeaux dans des solutions antiseptiques, ne pas les presser avec les pinces, ni les manipuler trop longtemps.

Les sutures sont très utiles, à la condition de ne pas être en trop grande quantité. Elle permettent une fixation exacte du lambeau. Le pansement doit être compressif, rare, rester en place 6 à 8 jours.

## CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

### ÉTUDES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE D'APRÈS LA MÉTHODE DE KOCH.

HOPITAL LAENNEC.

DEUXIÈME CONFÉRENCE DE M. LE PROFESSEUR CORNIL.

M. Cornil a fait dimanche dernier, 7 décembre, sa seconde conférence sur les résultats obtenus dans son service par le traitement de Koch, et cela au milieu d'une affluence d'auditeurs telle que la moitié à peine avait pu trouver place dan-

---

clos où les capitaines déploient des aptitudes singulières, il n'y a que 7 officiers d'administration devenus intendants.

Ils se troublent, ou le jury d'intendants les trouble ou l'on trouble le classement. Quelque chose paraît troublé.

Tandis qu'avec les galons de grade et un jury mixte, il y aurait peut-être quelques-uns des 1.400 (1) officiers d'administration, ne faisant qu'administrer depuis dix-huit ans, qui pourraient tenir tête aux capitaines divers si particulièrement invincibles en administration devant le jury administratif. On en trouverait surtout parmi ces officiers d'administration des hôpitaux devenus officiers sanitaires qui, en même temps que le matériel, peuvent prendre en charge la fièvre typhoïde, la dysenterie ou le choléra et qui ne dépareraient ni les galons, ni ce milieu d'intendance galonné fait de capitaines devenus non combattants sur leur demande et préférant un bon siège de bureau à tous les sièges de Sébastopol.

*
* *

L'Ecole du service de santé de la marine, que Bordeaux a amarinée, vient de commencer à siéger, elle aussi. Le costume es coquet, celui de médecin de marine, avec un galon d'or aux parements et à la casquette. Ce sont des médecins « à un galon », comme disent ces aspirants de 2e classe médicaux, qui passeront plus tard tant d'années de dévouement à la mer ou aux colonies dépensant leur science et leur santé sans compter. On fait bien de beaucoup faire pour eux.

Même en ce style de bord de l'*Officiel* marin qui les divise en étudiants de la ligne médicale et de la ligne pharmaceutique. Ce mot de « ligne », bien que tous ces messieurs doivent la passer un jour, étonne à première vue, moins cependant qu'en lisant dans les cadres du personnel, pardon « de l'équipage » de l'Ecole : « Quatre premiers maîtres surveillants, deux clairons, deux coqs ». Après quelques réflexions, on arrive à se persuader que ces deux derniers ne sont pas là pour être mangés, mais pour faire manger les autres.

Il n'y a que des cuisiniers à l'Ecole de Lyon et c'est une infériorité que je déplore, d'autant que les cours, moyens de répression, durée de séjour, interrogations, conférences, répétitions ou « collages » paraissent sensiblement les mêmes.

(1) Exactement 1.390, dont 448 des hôpitaux, 442 des subsistances, 105 du campement, 515 des bureaux de l'intendance.

l'amphithéâtre. Les faits dont M. Cornil a entretenu son auditoire montrent assez combien il faut être réservé en ce qui concerne la valeur thérapeutique de la méthode de Koch, et avec quelle prudence il faut l'appliquer.

Les lois françaises interdisent l'emploi des remèdes secrets, M. Cornil a d'abord envisagé le traitement de Koch au point de vue médico-légal et il est arrivé à conclure que l'on n'a pas le droit d'appliquer ce traitement dans notre pays, sans s'exposer à des poursuites de la part des pharmaciens, et en cas d'accidents, de la part de la famille. Aussi pour se mettre à couvert du côté de cette dernière, M. Cornil n'a-t-il soumis au traitement que les malades qui en ont fait la demande formelle, et avec l'autorisation des parents, quand il s'est agi de mineurs. Cette question de droit est encore pendante; depuis la leçon de M. Cornil, elle a été soumise à la Société de médecine légale qui a renvoyé la question à l'examen d'une commission spéciale.

Chez aucun des malades atteints de tuberculose et inoculés par M. Cornil avec la lymphe de Koch, les réactions locales et générales décrites par tous les expérimentateurs n'ont fait défaut.

L'intensité de ces réactions varie suivant les doses et aussi suivant les sujets; il y a parfois entre elles une grande disproportion; la réaction locale peut être très intense sans mouvement fébrile, appréciable et inversement. M. Cornil a constaté, dans deux cas de lésions tuberculeuses chroniques, comme, dans des tumeurs blanches anciennes, des modifications à peine perceptibles ou nulles, après l'injection, tandis que lorsque les lésions tuberculeuses étaient en pleine évolution, la réaction locale a été très manifeste. De même, dans des cas de tuberculose pulmonaire, l'auscultation a démontré une congestion consécutive parfois assez intense. Aussi, pour M. Cornil, le liquide de Koch fournit-il une méthode précieuse de diagnostic. Il a rendu compte ensuite des remarques qu'il a faites sur les réactions locales, chez ses malades, dans le courant de la semaine, réactions qui, chez certains, ont été très intenses. Il cite les faits suivants: d'abord celui d'un homme ayant des gommes tuberculeuses de la peau, des abcès froids de vieille date, et des altérations osseuses, en même temps que des symptômes de tuberculose pulmonaire au début; 10 heures environ après l'injection, la peau est devenue rouge, au niveau de l'annulaire de la main droite, où auparavant elle paraissait saine; le doigt s'est tuméfié, il s'est produit un spina ventosa qui était latent et que l'injection a décelé.

Un garçon de 13 ans, n'offrant à l'auscultation que de la rudesse respiratoire, quelques craquements secs disséminés, et chez lequel le diagnostic de tuberculose était contestable, avait, 5 heures après la 1re injection, une oppression très marquée, et l'auscultation faisait percevoir, à l'inspiration, un souffle léger et, à l'expiration, des bouffées de râles crépitants, jusqu'au niveau de la 5e côte gauche. La lésion avait donc augmenté en étendue et en intensité. Ces phénomènes étaient très atténués le lendemain, mais ils ont reparu après une 2e injection pratiquée le 3 décembre; en même temps se produisait une toux coqueluchoïde qui a duré 3 heures, indice d'une tuméfaction des ganglions bronchiques, fait qui n'avait pas encore été signalé. Une 3e injection de 1 milligr. de lymphe a été pratiquée le 6 décembre, et le lendemain, on entend un souffle et des râles crépitants dans l'aisselle gauche.

M. Cornil a observé, du côté des reins, chez trois de ses malades, des accidents qu'aucun expérimentateur n'avait encore mentionnés, accidents qui sont une preuve frappante de l'énergie du liquide de Koch. Chez l'un, une femme de 27 ans atteinte de lupus de la face, des avant-bras, de la main et des doigts, les réactions fébriles et locales ont été très violentes après une injection de 3 milligr.; chez l'autre, un homme atteint de lupus de la face, mêmes réactions après une injection de 5 milligr.; de plus, ces deux malades avaient, dès le lendemain, des hématuries, les urines étaient sanguinolentes; l'analyse chimique décela dans le 1er cas, 3 gr 24, dans le 2e, 1 gr. 76 d'albumine par litre et l'examen microscopique montra des globules rouges, de nombreux cylindres hyalins fibrineux longs et remplis d'hématies déformées. La teinte rosée a peu à peu diminué ainsi que les cylindres et l'albumine qui n'ont pas encore disparu. Il n'y avait pas traces d'albumine avant les injections. Chez un troisième malade, il y a eu de l'albuminurie légère, quelques cylindres, et une légère teinte rosée de l'urine après une deuxième inoculation. Il est certain que, dans ces cas, l'injection a déterminé du côté des reins une réaction analogue à celle qui se passe du côté de la peau dans les lupus, qu'il s'est produit une congestion intense autour soit de granulations tuberculeuses, soit d'altérations dues à une néphrite interstitielle ou à une dégénérescence amyloïde. Ces faits montrent que l'albuminurie chez les individus tuberculeux est une contre-

---

Et, vous en êtes persuadés comme moi, s'il y a des différences de ligne et même d'appellations d'officiers entre médecins des armées de terre et de mer, il y aura toujours identité de travail, de science et de dévouement aux pauvres malades.

***

Après quatre ans de bureaux, ce qui n'est pas si déplaisant, les nouveaux médecins auxiliaires de 2e classe reviendront à ces vénérables Ecoles de port fondées il y a deux siècles, réorganisées en 1763 et tant de fois depuis, peut-être un peu amoindries aujourd'hui, mais maintenues et toujours debout comme nous l'avions demandé. Sans doute, après enquête, on en est arrivé à constater étonnamment que c'est le département du Cher, un *terrien*, qui « donne » le plus de médecins de marine, mais le vieil Armor et le Ponent conseillent toujours de leurs rivages les voyages au lointain. La mer appelle.

Bien que sans uniforme et sans autre coq que celui de leur pension d'étudiants, les élèves des « deux lignes » issus de ces écoles qui ont fourni des compagnons à Lapeyrouse et à Bougainville, n'en continueront pas moins à être attachés et à compter à leur port, à suivre, de Bordeaux et de bien plus loin avec une touchante constance, les mutations, embarquements, concours ou fortune de guerre des camarades.

***

C'est que le médecin de marine est combattant; dans les régiments d'infanterie, dans les bataillons de fusiliers-marins qu'on a vus au Bourget et sur la Loire, à bord surtout où la cuirasse ne le protège que dans la mesure commune, et c'est à ce titre qu'en les pages du *Bulletin officiel de la marine*, nous le voyons avec regret à propos de décorations, mentionné après les mécaniciens et les commissaires, mieux blindés par leur légumes secs ou leurs charbons, et ne se hasardant guère à aller ramasser les blessés.

Ces un reste des vieux us et des préséances d'il y a 30 ans. Cette dernière place n'est pas leur place.

(*A suivre.*)

indication à l'emploi de la lymphe de Koch. Ils montrent aussi que l'on ne saurait être trop prudent en égard aux doses à injecter, et M. Cornil est résolu à ne pas employer, au début, plus d'un millig. et à ne pas dépasser 3 milligr.

M. Cornil étudie ensuite la pathogénie de la guérison des tissus tuberculeux, traités, soit par les scarifications, soit par le grattage, soit par les cautérisations et donne sur ce sujet des détails des plus intéressants. Il se demande si les injections de liquide de Koch agissent de la même façon que ces procédés thérapeutiques, et si elles doivent produire la cicatrisation fibreuse après mortification et élimination des tissus malades. A l'examen histologique de fragments de lupus excisés pendant la période de réaction consécutive à une injection, il a trouvé une grande quantité de cellules migratrices dans les îlots tuberculeux et autour d'eux; mais on ne peut, d'après cela, tirer de conclusion. Il n'a pas observé cette mortification et cette élimination considérable des tissus tuberculeux décrite par les Allemands et en particulier par Israël (*Journal des Sociétés scientifiques*, n° 50, p. 802), en raison des doses faibles qu'il a injectées. Non seulement, fait-il remarquer, il faut être prudent pour les doses, mais il ne faut pas trop les rapprocher; il est important d'attendre que les réactions consécutives soient terminées avant de procéder à une nouvelle injection, afin de ne pas accumuler les réactions. Dans les cas de larygite tuberculeuse, il est prudent de débuter par des injections de 1/2 milligr.

Pour ce qui concerne la valeur curative du traitement, on ne peut rien avancer. Nos compatriotes qui arrivent d'Allemagne, entre autres MM. Ferraud, Cuffer, Thibierge, Rémond (de Metz) en reviennent découragés et sans grande foi dans l'efficacité du remède. Quoi qu'on en ait dit, affirment-ils, il n'y a pas encore eu une seule guérison, même d'un cas de lupus; les malades que l'on a considérés comme guéris ont tous eu une récidive. Il ne faut pas parler de guérison, il y a amélioration, mais il reste toujours des points de lupus qui persistent et qui causent les récidives. Non seulement il n'y a pas eu un seul fait de tuberculose pulmonaire guéri, mais il y a eu même un certain nombre de cas de mort à la suite des inoculations. Aussi faut-il être très réservé sur ce point. Et les accidents mortels observés en Allemagne n'encouragent point à agir comme nos confrères d'outre-Rhin, à rapprocher les injections et à augmenter les doses.

Malgré les insuccès, il ne faut pas perdre confiance, ajoute M. Cornil, il ne faut être ni trop optimiste, ni trop pessimiste; quelques mois sont nécessaires pour arriver à une solution définitive. C'est d'ailleurs l'opinion de Koch qui a été beaucoup moins affirmatif que ceux qui, en Allemagne, ont fait des inoculations après lui. On ne peut même prévoir encore d'une façon probable si l'on guérira la tuberculose au 1er degré; il faudra traiter les malades plusieurs mois et les observer pendant des années pour surveiller la récidive.

On ne peut accorder une grande confiance aux faits merveilleux rapportés par certains médecins qui n'ont pas appliqué le traitement dans l'intérêt de la science pure.

M. Cornil croit que l'on peut modifier avec avantage le traitement de Koch en l'associant à d'autres procédés curatifs ayant pour but de détruire les bacilles contre lesquels la lymphe de Koch est impuissante. Dans ce but, il a, chez un malade atteint de lupus, injecté sous la peau au voisinage des tissus malades, 1 gramme d'huile iodoformée, pendant deux jours, et le 6 décembre, 2 mgr. du liquide de Koch. Il a l'intention d'expérimenter une série d'antiseptiques (peptonate de mercure, sublimé additionné d'acide tartrique, etc.)

Nous publierons ultérieurement les observations les plus importantes des malades traités par M. Cornil.

### HOPITAL COCHIN.

M. Dujardin-Beaumetz a fait, le 9 décembre, une conférence sur les résultats consécutifs aux injections du liquide de Koch chez les malades de son service, et a annoncé que tous les samedis il rendrait compte des constatations faites dans le courant de la semaine.

Chez tous ces malades inoculés, au nombre de cinq, la réaction locale et la réaction générale se sont produites. Les expériences ont porté sur deux séries de malades.

La 1re série comprend deux cas de lupus. Le premier concerne une femme, atteinte de lupus du nez peu étendu, qui a reçu le 4 décembre à 11 heures du matin, une injection de 2 milligr. La réaction a eu lieu lendemain à 5 heures. Frisson, tuméfaction de la lèvre supérieure, augmentation du lupus en surface. T. 39°,2. Cette malade avait une dacryocystite qui paraissait guérie, qui a reparu depuis l'injection et persiste encore; 2e injection de 3 milligr. le 6 décembre; le soir, T. 40°,4. Elancements à la région lupique. Le 9 décembre, le nez et la lèvre supérieure sont très tuméfiés, recouverts de croûtes qui commencent à se détacher; congestion autour du lupus.

Deuxième malade: un homme atteint du lupus de la face (nez et joues), guéri 4 fois et ayant récidivé chaque fois au bout de quelque temps. Les régions malades semblaient cicatrisées. Le 4 décembre, 1re injection de 2 milligr. Le 5 au matin, T. 38°,9, face congestionnée, érysipélateuse; diminution des phénomènes le lendemain 6 décembre et 2e injection de 4 milligr. Mêmes réactions; croûtes épaisses peu étendues sur les deux joues et à l'aile du nez, avec douleur. De plus ce malade, qui ne toussait pas avant les injections, a de la toux et de l'expectoration. On n'a pas trouvé de bacilles dans ses crachats.

La 2e série comprend 3 malades atteints de tuberculose pulmonaire au début. Chez la première malade, les signes stéthoscopiques étaient très peu accusés; l'état général était excellent, les crachats contenaient de rares bacilles. Injection de 2 milligr. le 7 décembre; pas de réaction fébrile, mais courbature, anorexie, toux et crachats plus abondants; 9 décembre, respiration soufflante, râles sous-crépitants.

Deuxième malade. Le 7 décembre, injection de 1 milligr. seulement, le sujet ayant la voix voilée. Le lendemain, T. 38°,5; frissons, augmentation des phénomènes pulmonaires, de la toux; l'examen laryngoscopique fait découvrir une rougeur diffuse du larynx; la voix est plus voilée. 9 décembre, moins de toux, la voix a recouvré son timbre antérieur; 2e injection de 2 milligr.

Troisième malade, âgé de 15 ans. Bacilles dans les crachats; larynx sain; injection de 2 milligr. Le 7 décembre, réaction fébrile; augmentation des phénomènes pulmonaires. Le 9 décembre, 2e injection de 2 milligr.

M. Dujardin-Beaumetz a insisté sur les propriétés diagnostiques de la lymphe. Il est impossible, d'après ces cas, de juger de sa valeur curative; il n'y a eu encore chez ses malades que de l'aggravation, mais il est possible que l'amélioration s'ensuive. La méthode de Koch ne repose pas sur des bases indiscutables; avant de l'appliquer à l'homme, il aurait fallu instituer de nombreuses expériences sur les animaux; or Koch n'a cité que peu d'expériences de ce genre et d'une façon très succincte et incomplète.

Il serait à désirer que l'on expérimentât sur des animaux

pour être bien fixé sur le mécanisme et l'action de son liquide. C'est ce qui va être mis en œuvre dans le laboratoire de l'hôpital Cochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS

M. le Dr Thibierge a fait à la Société française de dermatologie (séance du 11 décembre), une communication sur les résultats de la méthode de Koch, communication basée sur les faits observés à Berlin. Il insiste toujours sur ce fait que les injections pratiquées avec le liquide de Koch, amènent, dans les cas de lupus, une réaction qui abontit à l'expulsion des nodosités superficielles seules; la réaction est beaucoup moins vive dans les nodules profonds. Il a vu des guérisons apparentes de lupus, mais dans ces cas, un examen faisait toujours voir des nodosités profondes indiscutables. M. Besnier a reçu la nouvelle qu'un malade berlinois chez lequel persistaient des nodules lupiques profonds n'avait en aucune réaction après une injection de 8 milligr. Deux autres médecins de Berlin ont informé M. Thibierge que plusieurs sujets qui conservaient des nodules profonds n'avaient, eux non plus, présenté aucune réaction. Il n'y a pas eu de guérison complète; mais il faut reconnaître au liquide de Koch une influence immédiate, rapide, merveilleuse dans les cas de lupus rebelle. Sa valeur diagnostique est de beaucoup supérieure à sa valeur thérapeutique qui est très discutable.

M. Vidal a annoncé que la Commission des médecins de Saint-Louis a décidé de surseoir à la présentation des malades traités par le liquide de Koch, le traitement n'ayant pas encore donné de résultats assez manifestes. La présentation sera faite probablement dans la prochaine séance, qui aura lieu le 8 janvier prochain.

Les malades en traitement sont groupés dans les salles Devergie et Alibert.

Les cas les plus intéressants que nous y ayons vus sont les suivants : 1° un garçon traité depuis 4 ans pour un lupus de la face par des cautérisations ignées et sans aucun succès, a eu, après 2 injections de lymphe de Koch, une amélioration beaucoup plus considérable que par le long traitement antérieur. Chez lui, l'auscutation du cœur ne révélait aucun bruit anormal, tandis qu'actuellement, on entend un souffle doux, systolique à la pointe et un léger dédoublement diastolique;

2° Garçon atteint de lupus scléreux de la face; à la suite de deux injections, la réaction habituelle a eu lieu, la surface malade a suppuré; actuellement elle est desséchée et il se détache des croûtes sèches, minces.

3° Un sujet atteint de lupus érythémateux n'a eu de réaction ni générale ni locale après une injection de 4 milligr.

4° Lupus de la main. Réaction générale et locale très intense après une injection de 1/2 milligr.

5° Un malade a eu pendant la période de réaction un rash pustuleux généralisé.

6° Un lépreux a reçu deux injections, l'une de 2 milligr., l'autre de 1 milligr. suivie de réaction générale et de rougeur de la face.

Dr F. Deléage.

# REVUE DE BACTERIOLOGIE

I. — Sur la production chez des animaux, de l'immunité contre la diphtérie et de l'immunité contre le tétanos, par le Dr Behring et le Dr Kitasato. Travail du laboratoire de M. Koch. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 49, p. 1113.)

II. — Recherches sur les poisons bactériens. Expériences ayant pour but de conférer l'immunité contre la diphtérie, par le Dr C. Frænkel. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 49, p. 1133.)

I. — MM. Behring et Kitasato annoncent que des recherches entreprises par eux depuis longtemps et ayant pour objet l'étude de la diphtérie (Behring) et du tétanos (Kitasato) les ont conduits à des résultats tels que ceux-ci permettent d'entrevoir une solution favorable prochaine des questions qui concernent le traitement et l'immunité de ces deux maladies.

Les deux auteurs ont réussi à guérir des animaux infectés de la diphtérie ou du tétanos, et à rendre d'autres animaux (sains) réfractaires à ces deux maladies. Ils ajoutent que leur communication n'a présentement d'autre but que de faire connaître les données nécessaires à la justification du principe suivant :

*L'immunité des lapins et des souris rendus réfractaires au tétanos repose sur l'aptitude que le sang, liquide privé de cellules, possède à rendre inoffensives les substances toxiques fabriquées par les bacilles du tétanos.*

Dans les travaux où on s'est occupé jusqu'ici de cette question d'immunité, on n'a pas encore donné de celle-ci l'explication que comportent les termes anoncés ci-dessus, déclarent les deux auteurs.

Rappelant ensuite la communication faite par le professeur Bouchard, au dernier congrès international de médecine de Berlin, les deux auteurs ajoutent que l'un d'eux (Behring), dans ses recherches faites sur des rats et des cobayes rendus réfractaires à la diphtérie, avait pu se convaincre qu'aucune des théories passées en revue dans cette communication ne pouvait nous rendre compte de l'immunité conférée auxdits animaux. Finalement l'action destructive que le sang exerce sur le poison de la diphtérie, chez les animaux rendus réfractaires à cette maladie, a révélé aux deux auteurs la « direction » dans laquelle devait être cherchée l'immunité contre la diphtérie. Mais c'est seulement lorsqu'ils eurent fait application au tétanos des données acquises au sujet de la diphtérie, que les deux auteurs ont obtenu des résultats dont la valeur démonstrative ne laisse rien à désirer.

Les expériences faites par les deux auteurs démontrent que :

1° Le sang des lapins réfractaires à la diphtérie possède des propriétés qui le rendent apte à détruire le poison du tétanos;

2° Ces propriétés on les retrouve dans le sang extravasé et dans le sérum provenant de ce sang, liquide privé d'éléments cellulaires;

3° Ces propriétés sont, de leur nature, si durables, que leur efficacité se manifeste encore dans l'organisme d'autres animaux, de telle sorte qu'on est à même d'obtenir des effets thérapeutiques remarquables, au moyen de la transmission du sang ou du sérum.

4° Les propriétés en question font défaut au sang des animaux non réfractaires à la diphtérie, et quand on a inoculé le poison tétanigène à des animaux non réfractaires, on retrouve ces poisons dans le sang et dans d'autres humeurs des mêmes animaux après leur mort.

Voici ce que les auteurs ajoutent, à titre de preuve : un lapin rendu réfractaire au tétanos, par un procédé qui sera publié ultérieurement, a été inoculé après coup avec 10 centimètres cubes d'une culture du bacille tétanigène dont 1/2 centimètre cube est une dose suffisante pour tuer un lapin ordinaire; l'animal inoculé est resté bien portant. Il avait donc

acquis l'immunité non seulement contre l'infection développée par des bacilles tétanigènes vivants, mais contre le poison tétanigène, puisqu'il supportait 20 fois la dose suffisante pour tuer un lapin normal.

On tira à cet animal, du sang de la carotide, et on injecta 0,2 cc. de ce sang, avant la coagulation, à une souris, et 0,5 cc. à une autre souris, dans la cavité abdominale. Au bout de vingt-quatre heures on inocula aux deux souris ainsi qu'à deux sujets de contrôle,dés bacilles tétanigènes.Les deux premières souris sont restées bien portantes,les deux autres ont succombé au tétanos trente six-heures après l'inoculation.

Après coagulation du sang, on a injecté du sérum à 6 souris (2 cc. à chaque), dans la cavité abdominale, puis, vingt-quatre heures plus tard on leur a inoculé de la matière tétanigène; les 6 souris sont restées bien portantes, tandis que les animaux de contrôle, inoculés en même temps, ont succombé au bout de quarante-huit heures au tétanos.

Une culture du bacille du tétanos,datant de huit jours,débarrassée tous les germes par le filtrage,avait une virulence telle que 5 dix-millième de centimètre cube suffisaient pour tuer une souris en l'espace de quatre à six jours, et une dose double pour tuer une souris en moins de deux jours. On a mélangé 1 cc. de cette culture avec 5 cc. de sérum sanguin provenant d'un lapin rendu réfractaire au tétanos. Après vingt-quatre heures de contact on a inoculé 4 souris avec le mélange,2 dixièmes de centimètre cube à chacune, ce qui fait 0,033 de culture tétanigène,c'est-à-dire 300 fois plus qu'il n'en fallait pour tuer une souris dans les circonstances ordinaires. Les 4 souris sont restées bien portantes, tandis que 4 souris de contrôle, inoculées simplement avec 1 dix-millième de centimètre cube de la culture tétanigène,ont succombé au tétanos au bout de trente-six heures. De plus,les quatre premières souris étaient devenues réfractaires au tétanos, autant qu'on en pouvait juger par les essais d'inoculation.

L'expérience suivante démontre que le sang,en circulation dans les vaisseaux d'un animal non réfractaire au tétanos, ne possède pas la propriété de détruire le poison tétanigène: Des lapins inoculés sous la peau, avec 1/2 centimètre cube d'une culture de bacilles tétanigènes, filtrée, périssent au bout de cinq ou six jours,après avoir présenté les symptômes caractéristiques du tétanos. A leur autopsie on trouve presque constamment un épanchement séreux dans la cavité thoracique. Il suffit d'injecter 0.3 cc. de cette sérosité à une souris, pour communiquer à l'animal le tétanos; le sang manifeste une virulence de même intensité.

Les deux auteurs ont terminé leur communication par cette remarque: Jadis on considérait la transfusion comme un remède,sinon héroïque, du moins très efficace dans certaines circonstances données; plus récemment on a cru pouvoir obtenir les mêmes résultats, en substituant au sang, une solution de chlorure de sodium au titre dit physiologique. A cela on peut objecter que les résultats mentionnés ci-dessus sont propres à faire pénétrer dans l'esprit cet aphorisme: *Le sang est une humeur tout à fait spécifique.*

II. — Le travail de C. Frænkel s'enchaîne à celui que l'auteur a publié naguère en collaboration avec Brieger, sur le poison (toxalbumine) de la diphtérie, et dont une analyse détaillée a paru dans ce journal. (*Gazette médicale* 1890, n° 18, p. 211). Pour éviter des redites, je renvoie le lecteur à cette analyse.

Les nouvelles recherches dont rend compte M. Frænkel ont trait à l'immunité expérimentale conférée à des animaux contre la diphtérie. Pour conférer cette immunité, Frænkel a fait des tentatives variées.

D'abord il a inoculé à des animaux, des cultures du bacille de Lœffler (bacille de la diphtérie), atténuées dans leur virulence par l'addition de substances antiseptiques (bichromate de potasse, violet de gentiane). Cette tentative a échoué.

Il en a été de même pour les inoculations de cultures atténuées par des procédés *naturels*, par l'ensemencement des bacilles dans des milieux de cultures appropriés.

Ont échoué également les inoculations faites avec la toxalbumine (voir *loc. cit.*) pure, desséchée.

Les résultats ont été différents lorsqu'on eut utilisé pour ces inoculations, une toxalbumine débarrassée des germes organisés par le filtrage (filtre Chamberland) ou par l'échauffement à 55°. Quelques-uns des animaux inoculés de la sorte ont manifesté une résistance plus grande aux inoculations ultérieures du bacille de la diphtérie, mais c'était tout.

L'inoculation de grandes quantités du liquide de culture stérilisé (échauffement à 100° pendant une heure) a donné des résultats un peu meilleurs.

Les résultats ne laissaient presque plus rien à désirer, lorsqu'on eut employé pour les inoculations ce même liquide de culture stérilisé par l'exposition à une température moins élevée (65°-70°). En injectant à des cobayes, sous la peau du ventre, 10 à 20 cc. du liquide ainsi traité, l'animal devenait réfractaire aux inoculations subséquentes du bacille de la diphtérie, à la condition expresse que ces inoculations ne se fissent pas avant un délai de quinze jours. Quand cette condition n'est pas observée, une partie des animaux périt au bout de quelques semaines.

D'après Frænkel, la substance toxique et le vaccin (la substance qui confère l'immunité) fabriqués par les bacilles de la diphtérie sont deux corps distincts. Il lui paraît très vraisemblable d'admettre que dans le liquide de culture, employé comme vaccin, les deux corps existent côte à côte. L'exposition à une température de 55°-60° affaiblit l'action délétère du principe toxique sans altérer le second corps, la substance vaccinale. L'exposition à une température de 66°-70° anéantit l'action délétère du principe toxique, sans paralyser l'action de la substance vaccinale, comme il arrive par l'exposition à une température plus élevée.

Cette substance vaccinale est dépourvue de toute action thérapeutique contre la diphtérie en cours d'évolution.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la tuberculose chirurgicale; *suites immédiates et éloignées de l'intervention; traitement præ et post-opératoire*, par le Dr Paul Thiéry, ancien interne des hôpitaux, prosecteur de la Faculté. — G. Steinheil, 1890.

La thèse de M. Thiéry est une étude fort complète et très fouillée de la tuberculose chirurgicale, que l'auteur nous présente sous la forme d'un fort volume de près de 600 pages. Depuis le commencement de son internat, M. Thiéry s'est préoccupé de réunir des documents sur ce sujet, c'est ainsi qu'il a pu rassembler, à titre personnel, 41 observations au Midi dans le service de M. Humbert; 109 à la Pitié dans celui de M. Polaillon; 35 à Necker dans celui de M le professeur Le Fort; enfin 73 dans celui de M. le professeur Verneuil. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la somme de travail que représente cette thèse, où l'on trouvera réuni tout ce qui concerne jusqu'à ce jour la tuberculose chirurgicale.

Se basant, au point de vue expérimental, sur des recherches de M. Jeannel et sur l'observation clinique d'autre part,

M. Thiéry n'admet pas que la tuberculose chirurgicale puisse être considérée comme une tuberculose locale. Toute manifestation à distance d'un point inoculé est une manifestation d'infection. La phase intermédiaire, qui sépare le moment de l'inoculation de celui où les accidents, qu'on pourrait appeler *secondaires*, apparaissent, correspond à cet état que M. Verneuil a appelé si justement le microbisme latent. Ces idées sont importantes au point de vue pratique, en ce sens que l'ablation pure et simple d'un foyer tuberculeux ne saurait être suffisante contre une récidive ou une généralisation, les faits de M. Jeannel prouvant, d'autre part, que l'adénopathie secondaire à l'inoculation ne saurait arrêter la marche de la tuberculose. Au bout de combien de temps les microbes pathogènes ont-ils franchi la lésion locale d'inoculation pour infecter l'organisme? Il est difficile de répondre exactement à cette question. Mais ce qu'on sait d'ores et déjà, c'est qu'au bout de vingt-quatre heures la généralisation est faite et que, dans des expériences plus récentes, M. Jeannel a pu constater qu'elle s'était effectuée chez le lapin dix minutes après l'inoculation. Il est probable que chez l'homme il en est de même et que ce n'est qu'une question d'heures ou de jours pour qu'elle s'effectue chez lui.

Est-ce une raison cependant pour abandonner à elles-mêmes les tuberculoses chirurgicales? L'auteur ne le pense pas. Sinon c'est exposer le malade aux suppurations et aux infirmités qu'elles provoquent; car abandonnées à elles-mêmes, ces tuberculoses n'ont aucune tendance à la guérison, mais au contraire elles suivent dans leur évolution la marche qui correspond assez bien aux étapes suivantes :

1° Tuberculose au point inoculé (reste très peu de temps localisée).
2° Généralisation (période du microbisme latent).
3° Localisation périphérique (ganglionnaire ou autre).
4° Tuberculose viscérale.

Une fois l'intervention chirurgicale admise, il convient d'en examiner les suites, et de voir quels en sont *les résultats immédiats et les résultats éloignés*.

*Les résultats immédiats* de l'intervention sont en général bons, mais ils sont d'autant meilleurs que l'opération a été faite plus près du début des accidents locaux, et qu'elle a eu pour effet de supprimer un foyer de rétention et de suppuration. Ces résultats varient également suivant la nature et le siège de la lésion.

C'est ainsi que l'on doit regarder comme d'un pronostic immédiat très réservé, l'intervention dans la cure de la fistule à l'anus, et le curage des ganglions. Viennent ensuite le grattage des abcès froids et de la tuberculose cutanée. Les suites de l'intervention dans le mal de Pott ne sont pas mauvaises, non plus que dans les ostéites. Mais où l'on obtient le plus de succès, c'est dans le traitement des synovites et des arthrites tuberculeuses. Selon le siège qu'elles occupent, certaines de ces arthrites comportent encore un pronostic plus favorable. A ce point de vue les articulations se rangent dans l'ordre suivant : coude, articulation coxofémorale, poignet, pied, genou, épaule. Un facteur non moins important, dont il convient de tenir compte, c'est la présence ou non d'une tuberculose concomitante et son degré.

*Le mode d'intervention*, sanglant ou non, a encore une grande influence sur les résultats opératoires. Nous ne pouvons que renvoyer pour les détails à la thèse elle-même, dans laquelle on trouvera les suites opératoires pour chaque tuberculose localisée, en particulier.

Mentionnons seulement les conclusions auxquelles est arrivé M. Thierry pour les tumeurs blanches :

1° Au membre supérieur; la conservation donne d'excellents résultats et paraît s'imposer ;

2° Au membre inférieur, conservation pour la hanche et le genou;

3° Toute tumeur blanche étendue du squelette du pied, avec fistules, est justiciable de l'amputation totale.

Quelle que soit la bénignité apparente des suites immédiates de l'opération, les malades n'en sont pas moins exposés à diverses complications : échec de la réunion, récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire post-opératoire, méningite tuberculeuse, granulie.

Si les suites immédiates sont en générale bonnes, il n'en est pas de même *des suites éloignées*.

Les résultats, bons au point de vue local, sont en nombre relativement restreint ; l'amélioration de l'état général, après l'opération, le plus souvent n'est pas durable. Bien au contraire, on voit se produire fréquemment, soit localement, soit à distance, des récidives, et se développer dans le poumon des lésions tuberculeuses qu'on ne soupçonnait pas auparavant.

En somme, la conclusion générale que M. Thiéry tire de ses observations, n'est pas consolante : on ne saurait, dit-il, songer au traitement abortif de la tuberculose locale par l'exérèse de la manifestation locale, au moins dans les conditions ordinaires et par les moyens actuellement mis en pratique. Néanmoins, malgré cet aveu d'impuissance relative, M. Thiéry n'est pas un partisan de l'abstention, parce que les lésions tuberculeuses n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

La thèse se termine par l'indication des méthodes d'intervention, et des procédés d'antisepsie à mettre rigoureusement en pratique. Parmi les substances qui semblent préférables, se range l'iodoforme qui a paru à l'auteur le parasiticide antituberculeux le plus efficace. Ce médicament doit être prescrit également à l'intérieur, de bonne heure, et doit être longtemps continué.

Nous n'avons pu que donner un court aperçu de l'important travail de M. Thiéry; ajoutons qu'un index bibliographique des plus complets termine et complète l'ouvrage.

H. B.

AIDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE A L'AMPHITHÉATRE, par PAUL LEFORT. (Baillière et fils, 1890.)

Rien n'est pire à mon avis, pour apprendre l'anatomie, que les petits livres : je condamne à cet égard tous les manuels de poche dont se servent quelques étudiants. Leurs descriptions sont si condensées qu'une seule ligne peut contenir plusieurs faits importants qui échappent bientôt à la mémoire, parce que la lecture en a été trop rapide : tout y est sur la même place; rien ne saille. Et puis quelle anatomie fastidieuse, dénuée de tout intérêt! Ce sont cependant là des ouvrages utiles. L'élève qui dissèque à l'amphithéâtre, et pour lequel un gros livre est souvent encombrant, celui qui, au moment où l'examen approche, a besoin de jeter un coup d'œil rapide sur l'anatomie tout entière, l'externe qui doit revoir rapidement, pour l'épreuve orale du concours de l'internat, un grand nombre de questions d'anatomie descriptive ou topographique, sont heureux de trouver ces aide-mémoires dont la lecture leur évite des fatigues et leur épargne du temps. Celui que le Dr Paul Lefort vient de présenter au public médical me paraît avoir toutes les qualités désirables : il est clair, concis, bien ordonné, de lecture rapide et facile. Il contient plusieurs tableaux synoptiques bien compris. J'ajoute que le livre

est bien imprimé et écrit sur de bon papier ce qui est, à mon avis, une condition indispensable de succès pour ces manuels qui parlent autant aux yeux qu'à la mémoire, et dont la lecture, toujours un peu aride, devient très difficile quand le livre ne présente pas les qualités d'extérieur que le lecteur est en droit de lui demander.

D Pierre Sebileau.

## BULLETIN

**Intérêts professionnels : de la responsabilité des médecins qui emploient le remède de Koch. — Projets de réformes dans l'enseignement médical.**

L'expérimentation clinique de la lymphe de Koch s'étend de plus en plus et bientôt la plupart des chefs de service des hôpitaux de Paris, cédant au mouvement général qui, tôt ou tard, entraîne tout le monde, auront entrepris des recherches personnelles sur les effets du nouveau médicament. Mais le caractère secret de cet agent ne peut-il pas engager leur responsabilité? Cette question a été posée, par M. Peter devant le Conseil de la Faculté, par M. Coustant devant la Société de médecine légale, par M. Brouardel devant le Comité consultatif d'hygiène publique. Aucune réponse précise n'a encore été donnée; on ne peut, en effet, considérer comme telle l'opinion suivante émise à la presque unanimité par le Comité consultatif d'hygiène, opinion qui constitue plutôt un vœu : « Il y a un intérêt scientifique à ce que les expériences sur la valeur du remède de Koch soient continuées en France. » Aussi annonce-t-on la publication prochaine d'un décret autorisant les médecins à employer ce remède.

En attendant, quelle responsabilité peuvent bien encourir ceux qui l'expérimentent? Sans faire intervenir, comme l'a dit M. Cornil en ce qui le concerne personnellement, la complicité d'intermédiaires tels que notre ambassadeur à Berlin, notre ministre des affaires étrangères, le doyen de la Faculté de médecine et le Directeur de l'Assistance publique, il est bon de se rendre compte de ce à quoi l'on s'expose. Nous sommes de ceux qui, faisant tout au début les plus grandes réserves sur la valeur thérapeutique de la lymphe de M. Koch, avons conseillé de l'expérimenter, avec toute la prudence qu'exigent de semblables recherches.

L'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie, défend tout débit au poids médicinal, toute distribution de remèdes secrets, et l'article unique de la loi du 29 pluviose an XIII, qui est la sanction pénale du précédent, dit que les contrevenants seront poursuivis par mesure de police correctionnelle et punis d'une amende de 25 à 600 fr. et, en outre, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins, de dix jours au plus.

Ces deux articles, qui ont en vue la vente de médicaments, sont-ils applicables au médecin qui essaie un médicament nouveau, voire même un remède secret, dans un but exclusivement scientifique ou clinique? C'est difficile à admettre. De même l'article 7 du décret du 18 août 1810, concernant les remèdes secrets, vise l'inventeur qui vent tirer profit d'un remède, ou la personne étrangère à la médecine qui croit naïvement apporter son contingent au soulagement de l'humanité, non le clinicien sagace et prudent qui institue une expérience vraiment scientifique. De ce côté donc, les expérimentateurs du remède de Koch ne nous semblent pas engager leur responsabilité (1).

Il cesse d'en être ainsi dans les cas où des accidents graves succéderaient à l'emploi du remède. Les malades ou leur famille pourraient intenter une action civile en dommages et intérêts contre le médecin, et il n'est pas impossible que les tribunaux leur donnassent raison. A ce point de vue, il est prudent, comme le fait M. Cornil, d'avoir le consentement public ou par écrit des malades, de leurs parents ou de leurs tuteurs, si ce sont des enfants, avant d'essayer sur eux les injections de la lymphe de Koch.

Enfin, y a-t-il à craindre une réclamation quelconque de la part du corps pharmaceutique? Dans l'espèce, évidemment non, du moins pendant la période d'essai du médicament. Mais, même plus tard, les pharmaciens, ayant encore moins le droit d'avoir un dépôt et de débiter dans leurs officines un remède secret que les médecins n'ont celui de le prescrire, c'est sur l'importation en France du remède secret plus que sur l'emploi qui en serait fait par les médecins, que porterait la réclamation du corps pharmaceutique.

Quoi qu'il en soit des divers points que nous venons de passer en revue, il est préférable qu'un décret vienne résoudre toutes les difficultés d'interprétation de la législation actuelle.

— L'intérêt de la découverte de M. Koch et l'obligation pour nous de suivre le mouvement qu'elle a provoqué, nous ont fait ajourner l'examen de plusieurs projets de loi ou de réformes ayant trait à l'exercice ou à l'enseignement de la médecine. Nous nous arrêterons aujourd'hui à un projet qui touche plus particulièrement à une réforme de l'enseignement médical dans les hôpitaux de Paris, projet dont M. Huchard a pris l'initiative devant la Société médicale des hôpitaux, et dont M. Strauss s'est fait l'avocat devant le Conseil municipal.

M. Huchard a réuni en une brochure, sur le sujet dont il s'agit, divers articles publiés par lui dans le journal qu'il dirige (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*). Élargissant le cadre de la question, il a envisagé l'ensemble des réformes à introduire, non seulement dans les hôpitaux, mais dans les Facultés et les Écoles de médecine. La clef de voûte de ces réformes réside dans les modifications à introduire dans les concours qui, « tels qu'ils sont, dit-il, aboutissent à l'immobilisation des intelligences et au découragement des vrais travailleurs. » Dans un premier chapitre il s'attache à justifier cette appréciation.

Il y a vingt ans, un vent de réformes soufflait, comme aujourd'hui, sur notre enseignement médical. Voici comment nous appréciions à cette époque les résultats du système que condamne M. Huchard. Prenant au début de ses études et suivant dans ses différentes étapes, l'élève qui se destine à ce qu'on est convenu d'appeler la *carrière des concours*, nous disons :

« Externe, il consacrera, un, deux, quelquefois trois ans à étudier et à repasser différentes séries de questions, en quelque sorte stéréotypées, sur lesquelles il peut avoir à écrire ou à parler dans le concours de l'internat.

« Interne, il pourra donner plus d'extension à ses études, à ses lectures. Il s'instruira de la littérature médicale française et étrangère. Il aura soin en même temps de gagner l'amitié de certains chefs de service qui le patronneront plus tard, car on sait, que, sans patronage, on court grand risque de sortir fruit sec du concours. C'est ce qui fait que, en dehors

(1) Un arrêt de la Cour de cassation, rendu le 11 novembre 1843, et rappelé par la *Semaine médicale*, consacre cette manière de voir en portant que les principes qui servent de base pour qualifier les remèdes secrets « ne mettent aucun obstacle aux progrès de la science, puisqu'ils laissent une entière liberté à l'emploi, sur ordonnances formulées par les médecins, pour chaque cas spécial, de tout remède nouveau, qui rentre ainsi dans la catégorie des remèdes magistraux. »

du corps de l'internat de Paris, il est si peu de médecins qui arrivent soit à l'agrégation, soit aux hôpitaux.

« Reçu docteur, chef de clinique ou prosecteur, il continuera à nourrir son esprit de ce qu'ont fait les autres; il devra se garder d'entreprendre et de signer des travaux rigiuaux marquants, de faire de la critique indépendante; il étudiera plus spécialement les productions et s'inspirera des idées de ceux qui pourront être prochainement appelés à devenir ses juges.

« Grâce à ce travail constant, à ce travail forcé, où il n'a cessé d'acquérir sans doute, mais où il a vécu intellectuellement du produit des autres, où il a eu à lutter contre sa propre initiative, souvent contre son esprit d'indépendance, notre jeune confrère a pu réaliser son double rêve: il est médecin du bureau central et professeur agrégé à la Faculté. Il est fatigué, souvent épuisé. S'il est riche, il pourra, après quelque temps de repos, se remettre à l'œuvre, travailler désormais pour son propre compte, se livrer à des recherches originales en rapport avec ses goûts, et rendre des services à la science. S'il a peu de fortune, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, le moment est venu de réparer les sacrifices énormes qu'il s'est imposés; et, comme il ne trouve qu'une rémunération dérisoire, soit à la Faculté, soit à l'Assistance publique, il cherchera à bénéficier de son double titre pour faire promptement de la clientèle; celle-ci l'absorbera bientôt. Que si même plus tard le choix de ses anciens maîtres ou de ses anciens collègues l'élève à une chaire, ce sera un nouveau moyen, sinon d'accroître, du moins d'améliorer cette clientèle. Il fera son cours consciencieusement, d'une manière utile pour les élèves, qui l'aimeront et l'apprécieront; mais le culte de la science n'en sera pas moins abandonné.

« Notre jeune étudiant, que nous avons ainsi suivi jusqu'au bout, sera devenu, avec le temps, médecin instruit, clinicien expérimenté, excellent professeur; mais, par la force même des choses et malgré ses dispositions naturelles, il n'aura pu s'élever au-dessus des hommes auxquels on accorde simplement du talent et qui ne sauraient illustrer une Faculté ou une Université » (1).

On nous pardonnera cette longue citation. Elle montre qui rien n'est changé depuis 1870, que nous pensions à cette époque du concours ce qu'en pense aujourd'hui M. Huchard, que nous sommes par conséquent en parfaite communion d'idée avec notre savant confrère. Le principe ainsi posé, nous aurons à examiner, dans un prochain *Bulletin*, les réformes sur lesquelles il appelle l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre enseignement médical.

D^r F. de Ranse.

# INDEX DE THERAPEUTIQUE

La thérapeutique respiratoire. — Dans les affections de l'arbre aérien, la médication antiseptique, ou neutralisatrice des germes infectieux morbides, a donné des résultats merveilleux, on pourrait même dire *inespérés*. Il faut bien remarquer toutefois, que, de longue date et bien avant la découverte des microbes, la médecine avait recours à un certain nombre de ces neutralisateurs *eupnéiques*: c'est ainsi qu'en employant les diverses essences et les extraits des conifères, nous faisions de l'antizymotisme, de l'antisepsie *sans le savoir*, — comme M. Jourdain faisait de la prose.

La médication balsamique térébinthacée agit de plusieurs manières comme *eupnéique*: d'abord, par les principes essentiels hydrocarburés, neutralisateurs des contages et modificateurs sécrétoires; ensuite, par le bioxyde d'hydrogène (eau oxygénée) et les dérivés ozonés, thymolés, camphrés, auxquels les térébenthines donnent naissance, en présence de l'oxygène. Toutes les expériences démontrent, en effet, que l'essence pure de pin annihile les composés ammoniacaux toxiques, fréquents *reliquia* des virulences putrides. Elle excite, en outre, les parois des cavités suppurantes et y provoque cette réaction modificatrice dont parle Nothnagel, éminemment favorable à la cicatrisation des lésions. Enfin, la puissance microbicide de cette essence a été nettement élucidée par Koch, dans ses célèbres expériences sur la bactéridie charbonneuse.

Prise à l'intérieur, en même temps qu'inhalée en vaporisations, l'essence de térébenthine a donné à Gnéneau de Mussy, à Baréty, Bordier, etc..., les résultats les plus complets, dans l'une des affections respiratoires sinon les plus graves, du moins les plus rebelles: nous voulons parler de la coqueluche. A l'hôpital des Enfants à Paris, et en Russie dans tous les hôpitaux, les pulvérisations térébenthinées sont préconisées, avec le plus grand succès, dans la diphtérie et le croup. Skoda les prescrit contre la gangrène pulmonaire et déclare qu'elles doivent être usitées dans toute bronchopneumonie à son déclin, si l'on veut diminuer l'habitude sécrétoire des muqueuses de la respiration et exercer sur leur torpidité une action expectorante et stimulante énergique.

Dans la phtisie pulmonaire et laryngée, l'administration, *intus et extra*, de l'essence de pin est bientôt suivie d'un relèvement marqué des forces et d'une sensation de bien-être inusitée: les bacilles disparaissent des crachats, la toux ne trouble plus le sommeil; le poids du corps augmente visiblement avec l'appétit; les sueurs nocturnes cessent et l'expectoration devient louable. *A fortiori*, on conçoit la valeur de cette médication balsamique, rationnellement dirigée contre les catarrhes anciens, la bronchorrhée et l'ectasie bronchique, et toutes ces pneumopathies infectieuses, qu'elles s'appellent rubéoliques, varioliques ou dothiénentériques. On voit, alors, l'action des essences s'opposer à l'intoxication *totius substantiæ*, à la faveur d'une modification parfaite des sécrétions muco-purulentes et aussi, affirment les micrographes, grâce à la disparition de toute bactérie *saprogène*.

L'emploi de l'essence du pin a survécu et survivra du reste, par sa valeur clinique et absolue, à toutes les doctrines médicales successivement en honneur. On remarquera que nous parlons de l'*essence de pin* et non de la térébenthine, produit inconstant et infidèle, qui stimule, il est vrai, les muqueuses respiratoires, mais produit le plus souvent, par son ingestion stomacale, la gastralgie, les nausées, les vomituritions et la diarrhée. C'est pourquoi nous recourons, d'habitude, à l'essence du pin d'Autriche, extraite du *pinus pumilio*. C'est la plus pure de toutes les essences; elle excite sans irriter; sa formule est constante et définie, et les travaux de Liebig et du professeur Oppolzer indiquent nettement qu'elle est la seule pouvant servir au traitement antiseptique des affections respiratoires, puisque, à la dose de 1 pour 750.000, elle fait perdre au bacille tuberculeux sa vitalité.

Je formule ordinairement ainsi mon traitement: vaporisations et inhalations, trois fois par jour, avec la solution de Joseph Mack à l'essence du pin d'Autriche; au milieu de chaque repas, prendre de deux à quatre capsules d'essence de pin d'Autriche de la même marque. La première partie de l'ordonnance permet la production artificielle des véritables effluves résino-balsamiques des forêts de pin; la deuxième partie assure l'antisepsie des plus petites radicules bronchiques, la guérison des catarrhes, asthmes, pleurésies anciennes, influenza, laryngites, et cela sans crainte d'aucune action offensive pour le tube digestif.

Modificatrice sécrétoire et foncièrement antiputride, l'essence du pin pumilio s'élimine merveilleusement par l'épithélium respiratoire. Au lieu de dessécher les bronches, comme les térébenthines vulgaires, ses principes aromatiques dissipent toute dyspnée. Aussi bien dans les spasmes névro-bronchiques que dans les vieux catarrhes, elle calme le réflexe irritable de la toux et unit à ces propriétés toniques, sédatives et antispasmodiques, les bénéfices de l'antisepsie intérieure la mieux marquée. En agissant sur les fibres lisses de Reissessen, elle

(1) F. de Ranse, *La Liberté de l'enseignement supérieur; Réorganisation de l'Enseignement médical, Paris*, 1870.

réalise l'hémostase des capillaires pulmonaires et devient ainsi l'agent *décongestif* par excellence, pour prévenir et arrêter même les hémoptysies des tuberculeux. Elle supprime, enfin, les pyorrhées bronchiques et relève le pneumogastrique épuisé, tout en stimulant la torpide atonie de la néoplasie tuberculeuse.

## NOTES ET INFORMATIONS

— COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. (*Séance du 8 décembre.*) — M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire en France. Il dit qu'il ne fera plus connaître au Comité le nombre des voyageurs ou navires provenant d'Espagne, ces renseignements ne présentant plus d'intérêt. A partir du 10 décembre le service extraordinaire d'inspection à la frontière sera supprimé. Ainsi l'expérience est faite. En 1890 il a été possible, par des mesures de surveillance rigoureuses, d'empêcher l'importation du choléra d'Espagne en France et de la mer Rouge en Egypte. Le choléra est entré une fois en France, mais il a été étouffé dans son premier foyer.

M. Monod dit qu'une violente épidémie de fièvre typhoïde règne sur la garnison d'Auxonne (Côte-d'Or). Le préfet s'est transporté à Auxonne et s'est rendu à l'hôpital où se trouvent 106 malades. L'effectif de la garnison est de 2,000 hommes. Il y avait avant-hier, 6 décembre, 11 décès; la population civile n'est pas sérieusement éprouvée.

M. l'inspecteur général Proust se rendra à Auxonne pour étudier cette épidémie.

M. Proust communique les renseignements suivants sur la situation sanitaire à l'extérieur.

On ne signale plus de cas de choléra en Espagne.

Les derniers arrivages de pèlerins à la Mecque sont absolument terminés. On peut dire à cette heure que les mesures dues à l'initiative de la France ont contribué pour la plus grande part à écarter de l'Egypte et de l'Europe le danger d'une invasion de l'épidémie cholérique du Hedjaz.

Il existe dans les vilayets d'Alep et de Syrie une grande amélioration. La semaine précédente, on a constaté 129 décès au lieu de 344. Dans la ville même d'Alep, il n'y a plus de choléra. Mais on a signalé quelques cas à Adana, ainsi qu'à Mersine, port principal du vilayet d'Adana.

Tout porte à prévoir que les rigueurs de l'hiver qui ont commencé dans les régions montueuses des contreforts du Taurus, mettront un terme à l'extension du choléra de ce côté.

— APPRÉCIATION DE M. KOCH SUR LE SECRET DES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES. — Si M. Koch n'a pas modifié ses idées, il doit cruellement souffrir, dans son indépendance de savant, du secret qui lui est imposé sur la nature de son remède. La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* rappelle qu'au Congrès de Genève, en 1882, à la suite d'une communication de M. Pasteur sur les vaccinations charbonneuses, le professeur allemand reprocha à notre illustre compatriote « l'insuffisance de ses méthodes scientifiques et le soin jaloux qu'il mettait à cacher ses découvertes et à les soustraire à la critique, *contrairement aux usages établis en matière de science* ».

Si jamais reproche n'a été moins mérité, jamais non plus, à huit ans d'intervalle, un savant ne s'est trouvé, d'une manière plus flagrante, en contradiction avec lui-même.

## NOUVELLES

### Faculté de médecine de Paris.

M. le professeur Lannelongue fera des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures 1/2 du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

M. Tessier est nommé pour l'année scolaire 1890-1891, moniteur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée.

M. Thélohan, licencié ès sciences naturelles, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker (emploi nouveau).

### Facultés et écoles des départements.

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lacaze est nommé, pour deux ans, aide d'anatomie.

*Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Quint est prorogé, pour un an, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

*Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Linossier, agrégé est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de chimie minérale.

*Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Giral est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants.

*Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Sterne et Weill sont nommés, pour deux ans, aides de clinique.

*Ecole de médecine d'Alger.* — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1890-1891, à M. Moreau, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

M. le docteur Cochez, chef de clinique médicale, est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, pendant la durée du congé accordé à M. Moreau.

*Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers.* — Par arrêté ministériel en date du 8 décembre, un concours s'ouvrira le 15 juin 1891, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole de Poitiers.

*Ecole de médecine et de pharmacie de Reims.* — Par arrêté ministériel en date du 8 décembre, un concours s'ouvrira le 15 juin 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour un suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, à l'Ecole de Reims.

### Hôpitaux de province.

*Lyon.* — M. le docteur Auguste Pollosson a été nommé, après concours, chirurgien-major de la Charité.

### Congrès allemand de médecine interne en 1891.

Le dixième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbade, du 6 au 9 avril 1891, sous la présidence de M. Leyden (de Berlin).

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.*

**Réflexions sur quelques opérations d'ovariotomie faites à Clermont-Ferrand, par le Dr Ledru, directeur de l'École de médecine, professeur de clinique chirurgicale.**

*Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain.*

**Terminologia medica polyglotta a concise international dictionary, of medical terms, compiled by Théodore Maxwell (français, latin, anglais, allemand, italien, espagnol, russe).**

*A la librairie* O. *Doin*, 8, *place de l'Odéon, Paris*

**Traité de la diphtérie**, sa nature microbienne, son origine ornithologique probable, ses différentes médications et opérations, et plus spécialement son traitement général et local et sa prophylaxie par les hydrocarbures non toxiques, par le Dr Delthil, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, ancien président de la Société de médecine pratique de Paris, officier d'Académie, avec une préface de M. le professeur Verneuil, membre de l'Institut. — Un volume in-8° de 700 pages, avec 19 planches en noir intercalées dans le texte, et 4 planches hors texte en couleur. — Prix, 8 fr.

**Traité théorique et clinique de la fièvre jaune**, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé, président du Conseil supérieur de santé de la marine, etc. — Un volume in-8 de 1000 pages. — Prix, 14 fr.

**Congrès international d'hydrologie et de climatologie** (deuxième session). — Un volume grand in-8°, cartonné, de 500 pages. — Prix, 12 francs.

UN LIVRE UTILE : **Manuel de médecine antiseptique**, applications de l'acide phénique et de ses composés; par le Dr Déclat. — Un volume in-12° de 500 pages. — Prix : 3 fr.; cartonné diamant, tranches rouges, 4 fr.

**La dengue et la grippe**, études des épidémies de 1889 à Smyrne, par W. Chasseaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine à Smyrne, membre de la Société médicale de Londres. — In-8° de 70 pages. — Prix, 2 fr.

**Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx**, par le Dr Paul Baugé, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'École de médecine de Lyon, ex-professeur de l'École de médecine, médecin consultant à Challes. — Une brochure in-8° de 70 pages. — Prix, 2 fr. 50.

**Étude clinique sur la maladie de Thomsen**, par Francisque Déléage, docteur de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, médaille de bronze de l'Assistance publique. — Une brochure in-8° de 150 pages avec 11 figures dans le texte. — Prix, 3 fr. 50.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 30 NOVEMBRE AU 6 DÉCEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 4. — Rougeole, 14. — Scarlatine 4. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 55. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 55 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, et chronique, 78. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 77. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 47. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 38. — Autres causes de mort, 240. — Causes inconnues, 11. — Total 1058.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.



## CLINIQUE CHIRURGICALE

### LES TUBERCULOSES LOCALES ET LEUR TRAITEMENT

Leçon clinique de M. le Professeur Le Dentu, rédigée par le Dr Pierre Sebileau, prosecteur des hôpitaux.

Messieurs,

Je veux vous faire l'histoire des tuberculoses locales ; aussi bien la récente découverte de Koch, autour de laquelle il se fait beaucoup de bruit, dans le monde médical, donne-t-elle à cette question un regain d'actualité qui augmente son intérêt.

On a continué de donner le nom de tuberculose locale à toute manifestation tuberculeuse justiciable de l'intervention du chirurgien. Je n'aime point cette expression : une tuberculose locale peut être viscérale, et n'impliquer point la possibilité d'une thérapeutique armée; j'aimerais mieux entendre dire « tuberculose chirurgicale » ou mieux encore « tuberculose externe » car il existe des lésions bacillaires profondes, comme la péritonite, la pleurésie, certaines cavernes pulmonaires, même, sur lesquelles on a porté le bistouri.

Cette question des tuberculoses externes est très vaste; n'attendez pas de moi que je la traite en entier; je laisserai de côté tout le chapitre de l'anatomie et de la phyologie pathologiques pour n'envisager exclusivement que la partie clinique, et développer devant vous les considérations auxquelles prête la thérapeutique difficile de ces affections à manifestations si diverses. J'établirai, en quelque sorte, le bilan du présent, plantant ainsi un jalon qui nous permettra, dans quelques temps, en procédant par comparaison, de juger la valeur de la méthode de Koch. De cette méthode, Messieurs, je ne veux rien vous dire encore; vous m'avez vu hier pratiquer quatre inoculations: ce sont les premières; je n'ai pas encore par devers moi les éléments d'une appréciation sérieuse. Je tiens cependant à m'élever contre les accusations dont la découverte de Koch est l'objet : il n'est pas possible qu'un homme de cette valeur compromette, dans une si misérable aventure, un passé scientifique aussi brillant; peut-être la méthode est-elle bien imparfaite encore et laisse-t-elle le champ libre a bien des recherches, mais vous pouvez tenir pour certain qu'au fond de tout cela, et quels que soient les résultats acquis, il y a un procédé sérieux, digne de toute notre attention et de tous nos efforts pour le perfectionner.

Les tuberculoses externes, Messieurs, peuvent frapper la peau, le tissu cellulaire, l'appareil lymphatique, les bourses séreuses, les synoviales des tendons, les articulations et les os.

Vous connaissez sans doute très imparfaitement les manifestations cutanées de la tuberculose : elles sont relativement assez rares et, dans les services ordinaires de chirurgie, l'on voit peu de malades qui en soient porteurs; il faut avoir passé à l'hôpital Saint-Louis pour les avoir bien observées, car on

## FEUILLETON

### CHOSES DE MÉDECINE MILITAIRE

ÉTUDES TRIMESTRIELLES

*Suite et fin* (1).

III

Une initiative bien placée, elle, au Cercle militaire, est l'organisation toute récente de consultations gratuites spéciales aux officiers. L'infirmerie est dans la salle de correspondance, bien qu'on ne traite pas par correspondance; la présence réelle est exigée par nos distingués camarades les Drs Kehff, Pinard, Spira, Doré, etc., de l'armée territoriale, inspirateurs de cette confraternité en action pour les officiers de toutes armes de toute notre armée. Cela unira, réunira et liera un ensemble où le particularisme est quelque peu vivace. Nos médecins auxiliaires, classés par le Conseil de revision dans le service auxiliaire, donnent un exemple de cette « bande à part » en n'assistant pas aux appels et convocations, si bien qu'une note ministérielle du 1er novembre menace de les rayer de leur grade d'adjudants.

Nous ne croyons pas que cette commination jette dans les six quartiers latins des six Facultés de France un trouble bien profond. Le service auxiliaire est un peu un service et son médecin un adjudant sur le papier.

***

Il est un journal de publicité, le *Recueil d'archives de médecine militaire*, qu'on emmagasine d'office dans les infirmeries régimentaires où il fait partie des meubles meublants. Malgré son changement de nom, qui eût dû s'étendre au format et surtout à la forme, condamnée au laudatif officiel, par conséquent condamnée

(1) Voir les numéros 48 et 50.

peut dire que tous les individus dont la peau présente des lésions, de quelque nature qu'elles soient, se donnent rendez-vous dans les salles de ce célèbre institut.

La tuberculose cutanée se présente sous deux formes assez différentes l'une de l'autre : dans la première, les altérations sont superficielles, étendues, et ont une tendance manifeste à envahir les régions voisines ; dans la seconde, elles sont profondes, localisées, et se cantonnent volontiers au point où elles ont pris naissance.

Je ne puis mieux faire, pour vous décrire les lésions de la tuberculose cutanée superficielle, que de vous esquisser le tableau d'un malade que j'ai observé il y a quelques mois dans mon service de l'hôpital Saint-Louis. C'était un jeune homme atteint de tuberculose ostéo articulaire du gros orteil ; sur la jambe s'étalaient plusieurs grandes plaques saillantes, taillées en relief sur les téguments, presque circinées, à bords à peu près réguliers, à surface rugueuse, grenue, sèche. On aurait dit un psoriasis hypertrophique ou quelque eczéma chronique non suintant ; le diagnostic eût même été difficile en l'absence d'une lésion articulaire.

Les manifestations de la tuberculose cutanée profonde constituent ce qu'on appelle, d'habitude, les gommes de la peau. Il en existe deux variétés. Les unes forment de petites ulcérations superficielles, n'envoient point de racines dans les couches sous-cutanées, et sont échelonnées sur les membres, dans le sens de leur grand axe ; elles secrètent un liquide assez épais, qui contient des parcelles de tissus nécrobiosés et qui se concrète à la surface sous la forme d'un enduit pultacé ; peu à peu, quand la gangrène moléculaire a détruit tout ce que la colonie bacillaire avait envahi, la sécrétion devient plus fluide, plus aqueuse, et prend les caractères du pus séreux. Ce n'est point là, à proprement parler, Messieurs, la vraie gomme de la peau : celle-ci forme une tumeur plus volumineuse, grosse comme un bean pois ou une noisette, qui s'enfonce, par sa base dans les tissus sous-cutanés, et qui se distribue au hasard, d'une façon très irrégulière sur la face, le dos, le ventre, toutes les parties du corps indistinctement. C'est elle qui forme la seconde variété des tuberculoses cutanées profondes.

Comme la précédente, au reste, elle contient des bacilles, mais le milieu au sein duquel ils colonisent n'est pas le même dans l'une et dans l'autre. La forme superficielle n'est, à mon avis, qu'une lymphangite tuberculeuse consécutive à une lésion articulaire ou osseuse, et sur le trajet de laquelle se développent, comme dans une angioleucite ordinaire, de petits foyers secondaires de vraies colonies en chapelet, étagées sur le vaisseau malade ; dans la seconde forme, dont le siège est plus profond, le bacille se dépose franchement, à la faveur de je ne sais quel hasard, dans le tissu conjonctif du derme, et les gommes se disséminent à la surface du corps sans règle précise, sans raison anatomique.

Dans le tissu conjonctif sous-cutané la tuberculose forme des gommes et des abcès froids. Les premières ne tardent pas à se ramollir et se confondent alors avec les seconds : vous savez, en effet, que l'abcès froid tuberculeux ne devient un véritable abcès, c'est-à-dire ne se présente avec les caractères d'une tumeur molle, fluctuante, suppurée, qu'après une période pendant laquelle il forme une masse solide, indurée, sans aucun point de ramollissement. Dans ces abcès froids, l'examen ne décèle pas toujours la présence de micro-organismes ; quelques chirurgiens pensent, pour cette raison, qu'il faut n'accepter qu'avec prudence la théorie qui fait de ces abcès froids la conséquence exclusive de la tuberculose sous-cutanée. Toutes réserves faites pour quelques cas difficiles, je dois vous avouer que, à mon sens, ces lésions sont presque toujours monnaie de tuberculose. Ce sont des périlymphangites bacillaires analogues, pathogéniquement, à ces vastes phlegmons du tissu cellulaire qui se développent autour d'un vaisseau ou d'un ganglion lymphatique voisin, des inoculations locales, en quelque sorte, l'infection irradiant du tronc vasculaire malade vers la gangne conjonctive au sein de laquelle il chemine. Souvent on a pu trouver l'origine de ces lymphangites et découvrir, sur un point quelconque du membre, une petite ulcération, une écorchure sans importance apparente, qui avaient été la porte d'entrée du bacille. Je sais bien qu'on ne peut pas interpréter ainsi tous les cas et qu'il est quelquefois impossible de trouver une lésion quelconque des téguments ayant favorisé l'inoculation. Je crois qu'il ne s'agit pas moins alors de lymphangites tuberculeuses transportant au milieu du tissu cellulaire sous-cutané des bacilles pris dans nos humeurs, dans notre propre organisme et venus du dehors, à une époque plus ou moins éloignée, par une voie inconnue de nous (organes respiratoires, organes génitaux). Je n'ignore point que ce n'est là qu'une hypothèse, qu'on pourrait admettre avec autant de raison la circulation des micro-organismes dans les vaisseaux sanguins du tissu cellulaire ; mais cette interprétation, beaucoup moins séduisante, est bien moins conforme aux lois de

---

à mort par le lecteur, cette petite Revue bleue (avec moins d'abonnés que l'autre) garde quelque chose du sarcophage.

Comme pour le prouver, elle exhume des lettres, rapports et petits papiers qui ne s'attendaient pas à la publicité même étroite des infirmeries.

Une espèce de « Coulisses du Conseil de santé ».

A propos de la mort de Hoche, on y lit d'un Dr Thilenius qualifié de « médecin d'Allemagne habitant de Lauterbach » : La matière « catarrhale condensée s'est établie « dans les glandes bronchiales « les a bouchées en partie, le sang s'est épaissi et a engendré trop « de gluten ». C'est du pur Molière, jusqu'à ce nom de Thilenius qui rime si richement avec celui de deux pharmaciens connus père et fils.

Voilà pourquoi vos archives sont un peu muettes.

* **

Il est vrai qu'à côté de ce Théâtre Français médical de reproduction il y a des productions de mérite officiel et approbatif ; toutefois les travaux de valeur, on ne sait pourquoi, ou on sait pourquoi, prennent en général des voies plus fréquentées du public. La 7e direction n'a vraisemblablement pas pu faire de ce côté tout le mieux voulu. Le mieux a tant d'ennemis intimes dans les Bureaux et leurs sièges inamovibles.

Mais elle est arrivée au tour de force en faisant paraître la Statistique médicale de l'armée de 1888 en 1890. C'est de la prestidigitation. Les Fabius de l'Intendance ne livraient autrefois ces colonnades de chiffres qu'après une temporisation de huit années. Ils croyaient cela d'une politique profonde pour faire croire à un travail d'Hercule de cabinet. Ces habiletés maladroites, comme toutes les petites habiletés, tournent aujourd'hui un peu à leur confusion.

Il est acquis que ces magasiniers magasinaient les documents par habitude, les pliaient en quatre avec méthode comme il font encore couche par couche pour les vestes et pantalons. Peut-être même faisaient-il insuffler impartialement sur ces deux paquetages le pyrèthre conservateur.

Mais insuffler n'est pas jouer.

Et passer une chemise de papier bulle, même exactement ciselée, à des travaux de statistique ne suffit pas à en faire la synthèse.

la pathologie qui nous enseignent le rôle immense que joue, dans le développement des abcès et des phlegmons, le système des conduits lymphatique.

La tuberculose frappe quelquefois les bourses séreuses isolément, en dehors de toute lésion des tissus voisins : le mal apparaît quelquefois spontanément, il n'est pas rare de le voir succéder à un traumatisme quelconque. De toutes les bourses séreuses, celle qui est le plus fréquemmant atteinte, est, sans contredit, la bourse séreuse trochantérienne. J'en ai observé plusieurs exemples ; souvent aussi j'ai constaté que la bourse prérotulienne était frappée, mais je n'ai jamais vu qu'elle le fût isolément, en dehors des lésions de la rotule ou du genou.

Il n'est pas rare que les tubercules se déposent dans les synoviales tendineuses. Ne pensez pas, comme vous l'entendez peut-être dire quelquefois, que ces altérations des synoviales soient toujours secondaires, elles peuvent être, et sont, de fait, assez souvent primitives, comme le démontrent, à défaut d'autres preuves, les caractères qu'elles présentent dans certain cas. Si, en effet, la synoviale est quelquefois le siège de fongosités nombreuses, envahissantes, attaquant les tissus voisins, ne permettant pas d'établir au juste l'origine et les limites du mal, elle offre quelquefois des lésions parfaitement localisées sans réaction sur les organes d'alentour, sans rapport aucun avec les articulations voisines : je veux parler des kytes synoviaux à contenu séreux. Ces kystes, qui siègent de préférence au poignet, qu'on trouve aussi quelquefois autour du genou, contiennent, comme vous le savez, un exsudat séro-muqueux, au milieu duquel nagent, chez certains malades, des corps étrangers en forme de pépins de courge appelés grains hordeïformes. Eh bien ! dans ce liquide, dans la paroi de ces kystes, dans le parenchyme même des grains riziformes, on a découvert des bacilles tuberculeux. Je sais du reste qu'il ne faut pas généraliser trop, et que tous les kystes synoviaux ne sont pas de nature tuberculeuse : en matière d'exsudation séro-muqueuse, il faut toujours faire une large part à l'arthritisme et j'ai vu bien souvent, chez des rhumatisants et des goutteux, des hygromas et des synovites qui n'avaient pas d'autre raison que la diathèse des malades qui les portaient. Mais il suffit que quelques uns de ces kystes soient certainement bacillaires pour qu'on ne puisse émettre de doute sur la tuberculose primitive des gaînes; au reste, je dois vous dire qu'il n'est pas rare de voir des bourgeons atones, envahissants, se développer sur la paroi de ces poches après l'intervention chirurgicale, et la synovite fongueuse succéder ainsi au kyste synovial, la maladie signant, pour ainsi dire, par cette transformation, sa véritable nature.

Les altérations des ganglions lymphatiques sont très fréquentes: c'est à ces organes que revient, à n'en pas douter, la grande part des lésions tuberculeuses prises en masse. Leur aspect et l'évolution qu'ils subissent ne sont pas toujours les mêmes : ils affectent la forme dure, ou la forme molle. De la première, il existe encore plusieurs variétés; ici vous trouverez un ganglion, de consistance ferme, résistant au doigt, sans le plus petit point de ramollissement, isolé ou entouré seulement de deux ou trois ganglions beaucoup plus petits; là, au contraire, vous rencontrerez une véritable chaîne de ganglions juxtaposés, contigus et continus, étendue de la partie supérieure du cou à la région de l'aisselle. C'est dans ces cas que le diagnostic devient difficile entre la tuberculose, l'adénie et le lymphadénome; à cet égard, je dois vous dire, quoiqu'il existe à mon avis un groupe d'hypertrophies ganglionnaires qui n'a rien à voir avec le bacille de Koch, qu'on tend à rendre tributaires de la tuberculose bien des cas qu'on rangeait autrefois dans la leucocythémie et le lymphadénome. Il existe une variété particulière de ganglions tuberculeux durs sur laquelle je veux appeler votre attention, parce qu'elle est rare. J'en ai observé un exemple, il y a déjà longtemps, à l'hôpital Saint-Antoine. Une femme vint me consulter pour une énorme masse ganglionnaire qu'elle portait dans l'aisselle et qui avait pris, en quelques jours, un développement considérable. Je pensais, en raison de l'évolution du mal, qu'il s'agissait là d'un lymphadénome à marche rapide et je portai un pronostic grave. Cependant des raisons, je ne me rappelle plus lesquelles, m'obligèrent à opérer la malade : de la profondeur du creux de l'aisselle, je pus extraire dix-huit ou vingt ganglions dont plusieurs étaient énormes; au centre chacun d'eux existait un petit noyau caséeux, irrégulier, jaunâtre, sans tendance au ramollissement, sans une gouttelette de pus; tout le reste était, ou tout au moins paraissait sain. Les suites opératoires furent excellentes, et treize ans après cette heureuse intervention, je pratiquais une laparotomie sur mon ancienne malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. Cette adénite tuberculeuse dure, à marche rapide et sans tendance à la suppuration, est donc justiciable de l'intervention chirurgicale et peut même ne pas récidiver; récemment j'ai opéré un malade de l'hôpital Saint-Louis dont les lésions

---

La 7e direction n'a évidemment pas, au même degré que l'intendance, le goût des « conserves » même de cartons. Elle fait paraître la statistique sept ans plutôt qu'autrefois et cela ressemble fort à un progrès.

Il est vraisemblable qu'elle garde moins et étudie plus les rapports des corps de troupe que feu (médicalement parlant) la 5e direction.

Elle prouve son travail par le rendement rapide et non par une incubation prolongée. Je veux bien que ce soit moins habile, moins fin, moins bistourné, mais c'est plus démonstratif pour les intelligences du commun.

***

Il faut louer également le directeur Dujardin-Beaumetz d'avoir affranchi l'approvisionnement des infirmeries de certaines expéditions lointaines et inutiles.

Lors de l'existence médicale périssable de la 5e direction, le son, le miel, l'alcool, la graine de lin, le riz, etc., toutes épiceries qu'on trouve sur place, voyageaient en chemin de fer par des centaines de kilomètre, ficelées, emballées, laboratorisées et empotées.

Ces denrées coloniales, qu'on eût pu aller chercher chez le Potin local avec une corvée de 4 hommes ou la voiture régimentaire, il fallait les expédier de Bordeaux à Bayonne ou de Rennes à Brest par exemple. Aujourd'hui il n'y aura plus de ces voyages circulaires de substances pharmaceutiques qui confinent à une autre profession.

***

Peut-être, dans cet esprit de simplification trop rare et excellent, pourrait-on substituer aux demandes trimestrielles des demandes semestrielles. Si l'on craignait une incidence de travail trop affluente à l'hôpital du corps d'armée il serait facile d'assigner le renouvellement janvier-juillet à une moitié des corps de troupe et avril-octobre à l'autre moitié. Il y aurait moitié moins de caisses à clouer et déclouer, de paquets à faire et défaire, de demandes en double et d'inscriptions sur le registre des médicaments, d'expéditions et de réceptions en gare, etc. Avec la permanence actuelle des garnisons, cet approvisionnement de 6 mois des infirmeries ne présenterait que peu d'inconvénients vraisemblables.

C'est à étudier par une direction qui travaille moins longtemps mais avec plus d'effet utile que jadis les intendants-médecins.

Dr CHASSAGNE.

ressemblaient beaucoup à celles de la femme dont je viens de vous dire l'histoire.

A côté de la forme dure se place la forme molle de la tuberculose ganglionnaire. La plupart du temps la seconde succède à la première, et il n'existe entre elles deux qu'une différence de période; mais on voit quelquefois se développer des ganglions tuberculeux primitivement mous et suppurants. Sur l'organe malade la peau mince et violacée s'use vite; le ganglion s'ouvre à l'extérieur et se vide; par l'orifice quelques bourgeons charnus, venus de la profondeur, font saillie et forment bientôt un véritable fongus végétant; les bords s'amincissent et se décollent au loin.

Je ne veux rien vous dire, Messieurs, de la tuberculose osseuse et articulaire; elle mérite une étude à part et sort un peu du cadre que je me suis tracé. Elle donne naissance à des abcès qui tendent à fuir le lieu où ils se sont développés : quand ils viennent faire saillie sous les téguments à une petite distance de leur point d'origine, on les appelle *abcès ossifluents*; quand ils émigrent au loin, traversant plusieurs régions, avant de collecter leur pus sous la peau, on les nomme *abcès par congestion*.

(*A suivre*).

## ACCOUCHEMENTS

STATISTIQUE DES FEMMES ACCOUCHÉES DANS LE SERVICE DE M. LE Dr S. POZZI,

chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

par M. CL. PETIT interne du service.

Depuis que M. Pozzi a pris possession du service d'accouchements affecté aux femmes syphilitiques (hôpital Lourcine), le 1er janvier 1883, il a été fait, dans la salle Fracastor, 665 accouchements; voici quels en ont été les résultats au point de vue de la mortalité :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1883..... | 106 | accouchements | | 1 décès |
| 1884..... | 100 | — | — | 1 décès |
| 1885..... | 85 | — | — | Pas de décès |
| 1886..... | 92 | — | — | 1 décès |
| 1887..... | 83 | — | — | Pas de décès |
| 1888..... | 81 | — | — | 1 décès |
| 1889..... | 78 | — | — | 1 décès |

(La statistique de 1890 ne peut être faite encore.)

Voici les causes des cinq décès qui ont été observés. Le premier, celui de 1883, est dû à une néphrite; en effet, nous avons pu recueillir les renseignements suivants : B... (Marie), 17 ans, accouchée le 9 février 1883 d'une fille, était au régime lacté depuis quelques jours ; ses urines renfermaient une grande quantité d'albumine : elle meurt le 2 mars et l'autopsie confirme le diagnostic.

— En 1884, C... (Louise), 32 ans, passe dans la salle d'accouchements, venant d'un service de médecine où elle était soignée pour tuberculose pulmonaire; accouchée d'un garçon le 7 janvier, elle succombe le 17 aux progrès de ses lésions pulmonaires.

— Le 6 février 1886, une sage-femme de la ville amène à l'hôpital une malade. Q... (Marie), accouchée depuis quelques jours et atteinte d'accidents puerpéraux. Trois heures après elle mourait.

Les décès de 1889 et de 1888, sont dus tous deux à des attaques d'éclampsie.

Ces résultats remarquablement bons, qui donnent un pourcentage de 0,75 en y comprenant la 3e malade, et de 0,60 0/0, si on la retranche de la statistique (puisqu'elle n'était pas accouchée dans le service), peuvent paraître encore bien plus surprenants quand on connaît l'organisation de la salle Fracastor.

En effet, tout d'abord, cette salle est mixte, et on y soigne en même temps les femmes en couches (syphilitiques) et des malades atteintes d'affections vénériennes : syphilis, blennorrhagies, végétations, etc. C'est par conséquent, le même personnel pour tous les soins à donner aux malades.

Les accouchements sont confiés aux internes de l'hôpital qui les font pendant leur garde, aucun d'eux ne les prenant exclusivement à sa charge comme cela a lieu dans tous les services spécialement destinés aux accouchements. Il n'y a pas de sage-femme attachée au service ; une infirmière supplémentaire aide l'interne pour les premiers soins à donner à l'enfant et à la nouvelle accouchée.

Ces détails rendent intéressante la recherche des causes de nos résultats. Quoique aujourd'hui, dans les services hospitaliers de Paris, accouchement et antisepsie ne fassent plus qu'un, nous dirons cependant quels soins on prend dans le service depuis 1883, époque à laquelle le sublimé a été définitivement employé d'une façon constante, sur les indications de M. Pozzi.

Une fois la femme délivrée, on lui fait une injection vaginale de sublimé à 1/2000 ; les jours suivants, cette injection est pratiquée matin et soir avec une solution à 1/2000 et on fait passer environ un litre chaque fois.

Cette dernière précaution est indispensable à cause de la fréquence extrême des vaginites chez les malades qui forment la clientèle de Lourcine.

Ce moyen antiseptique serait loin de suffire à expliquer l'absence d'accidents puerpéraux que fait ressortir la statistique ; poursuivons plus loin nos recherches.

Par suite de sa destination spéciale, Lourcine reçoit des femmes jeunes, atteintes de maladies entraînant rarement la mort; les autopsies sont donc fort peu nombreuses et l'infection ne peut venir de cette source, les internes ne faisant jamais dans la même journée une autopsie et un accouchement. De plus, les parturientes, atteintes pour la plupart de chancres indurés ou de plaques muqueuses, ne sont pas touchées plus souvent qu'il n'est besoin ; seul celui qui fait l'accouchement constate les diverses phases du travail, et, comme il prend pour lui-même de grandes précautions antiseptiques, la malade en bénéficie.

Aucun élève étranger au service ne pénètre dans la salle pour y pratiquer le toucher, comme dans les autres hôpitaux, et c'est là, on le sait, une source malheureusement trop fréquente d'infection, quelle que soit d'ailleurs son incontestable utilité pour l'enseignement.

Enfin, une question peut se poser : le traitement mercuriel antisyphilitique donné aux malades qui, presque toutes, entrent quelques jours avant d'accoucher, serait-il pour quelque chose dans ces beaux résultats? Nous nous bornons à poser la question.

La statistique des enfants n'est pas facile à établir ; elle ne peut, en effet, se comparer à celle des hôpitaux et maternités, à cause de la mortalité énorme que donne la syphilis chez les nouveau-nés.

Nous pouvons dire, cependant, qu'au point de vue de l'ophthalmie purulente, peu de cas graves se sont produits, grâce à l'emploi du nitrate d'argent au 1/10e versé dans les yeux de l'enfant immédiatement après sa sortie des parties génitales de la mère.

Comme conclusion, nous croyons pouvoir dire que c'est sur-

tout dans l'exacte asepsie des mains de l'accoucheur et de l'infirmière chargée des injections quotidiennes qu'il faut chercher le secret des excellents résultats obtenus dans ce service.

Ajoutons que M. Pozzi n'a pas hésité plusieurs fois à pratiquer l'excision de volumineuses végétations vulvaires, chez les femmes enceintes, pour empêcher l'infection de l'accouchée ou du nouveau-né. Il n'a jamais eu qu'à se féliciter de cette conduite hardie.

## PATHOLOGIE MENTALE

### TROUBLES DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES CHEZ LES ALIÉNÉS (1).

Par le Dr EMMANUEL RÉGIS

A l'exemple de Morselli, dont nous avons largement utilisé les travaux (2), nous étudierons successivement sous ce titre : la *circulation*, la *respiration*, la *nutrition* et l'*assimilation*, les *sécrétions*, la *température*, les *fonctions trophiques et vaso-motrices*.

A. — *Circulation.*

Les affections du cœur sont, d'une façon générale, plus fréquentes chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit. D'après le Dr Duncan Greenless, le chiffre des décès par affection cardiaque serait de 9,36 0/0 chez les premiers et de 0,72 0/0 chez les derniers. Le plus souvent, la lésion cardiaque préexiste à la folie et joue un rôle plus ou moins important dans sa production ; dans certain cas, cependant, elle paraît être la conséquence d'un excessive agitation (manie, lypémanie, angoisse, épilepsie).

Beaucoup d'aliénés présentent tous les signes d'une dégénérescence athéromateuse précoce ; chez d'autres, on observe l'atrophie, la dégénérescence graisseuse du cœur, sa rupture spontanée. La maladie la plus fréquente serait, d'après la majorité des auteurs, l'insuffisance mitrale avec hypertrophie du ventricule gauche. Comme troubles fonctionnels, on note les bruits de souffle anémique, la fréquence, la faiblesse et l'intermittence de l'impulsion cardiaque.

En résumé, chez un grand nombre de fous, 30 0/0 pour quelques uns, jusqu'à 75 0/0 pour d'autres, l'effet utile du travail cardiaque est diminué en sorte que la quantité de sang qui circule dans les organes décroît et sa distribution s'altère.

Le *pouls* ne présente pas, dans la folie, des altérations caractéristiques de quantité et de qualité. D'une façon générale cependant, il est fréquent et élevé dans les états d'exaltation tandis qu'il est lent, faible et concentré dans les états de dépression. Mais ce n'est pas là une règle absolue, car chez beaucoup de mélancoliques, même dans la stupeur, il peut atteindre 100 et 120 pulsations. Dans les formes chroniques, le pouls est habituellement normal, sauf chez les hallucinés et durant les paroxysmes d'agitation. Les variations rapides, le dicrotisme et le polycrotisme sont très fréquents chez les aliénés.

Wolf, qui a fait de nombreuses recherches sphygmographiques sur le pouls dans les diverses psychoses, a insisté sur ce fait qu'on y rencontre plus souvent qu'ailleurs la perte du parallélisme qui existe à l'état normal entre la courbe des températures et les oscillations du pouls. Morselli affirme néanmoins que les dernières recherches de Claus ne justifient pas les résultats obtenus par Wolf. La sphygmographie serait surtout utile, d'après Shaffer, pour distinguer les diverses périodes de la folie circulaire.

Greenless (*Mental Science*, 1889) a tiré de ses observations sphygmographiques les conclusions suivantes : Dans la manie aiguë on trouve les centres nerveux congestionnés, les parois artérielles relâchées, d'où diminution de la tension artérielle et tracé dicrotique du pouls. A l'état chronique, le tracé se rapproche de la normale.

Dans la mélancolie aiguë, systole cardiaque faible, réplétion incomplète des artères. A l'état chronique, le pouls recouvre sa force.

Dans la paralysie générale, pouls variable selon les périodes. Dans le premier stade, systole énergique, tension artérielle faible. Dans le deuxième, systole moins énergique tension artérielle relevée. Dans le troisième, systole faible, mais l'ensemble du tracé se rapproche de celui du premier stade.

Chez les déments, le tracé montre une circulation torpide, due à une diminution du système vaso-moteur.

Chez les imbéciles, il y a toujours augmentation de la tension artérielle et de la systole.

B. — *Respiration.*

L'examen de la respiration est beaucoup moins significatif chez les aliénés que celui de la circulation. On y rencontre cependant les maladies chroniques de poitrine, la phtisie pulmonaire, les catarrhes bronchiques, les emphysèmes.

Chez les maniaques, la respiration, à part sa fréquence, n'offre en général rien de particulier. Chez les mélancoliques, les mouvements respiratoires sont tantôt superficiels et très fréquents, tantôt lents et profonds ; on peut y constater aussi le type inverse de la respiration, c'est-à-dire l'expiration plus longue que l'inspiration. Marcé a signalé chez ces malades, le défaut de proportion entre le nombre des inspirations et celui des battements cardiaques. Ce rapport qui est de 1 à 4 dans l'état normal, descend plus bas chez les mélancoliques où il atteint 1 à 5 et 6 pulsations.

Dans certains états émotifs, les mouvements thoraciques s'accomplissent par saccades et reprises, quelquefois même avec des tremblements et des sursauts. Dans la paralysie générale avancée, spécialement au cours des accès apoplectiformes, on observe les respirations intermittentes, rémittentes et arythmiques, comme dans le phénomène de Cheyne-Stockes.

La mesure de la capacité respiratoire, soit par la mensuration du thorax (thoracométrie) soit à l'aide des instruments volumétriques (spirométrie), n'a aucune application en médecine mentale. Il n'en est pas de même de la pneumographie, qui, dans certains cas, peut rendre plus apparentes les anomalies de l'appareil respiratoire.

C. — *Nutrition et assimilation.*

Le premier élément d'appréciation, pour juger de l'état de nutrition d'un individu, consiste à examiner le rapport du poids avec la stature.

A la période prodromique de beaucoup de folies, avant même que les troubles intellectuels éclatent, le poids du corps diminue d'une façon notable. Dans les états d'agitation et de manie, il y a en général dénutrition ; au contraire, dans les formes apathiques, les malades peuvent devenir polysarciques. Dans les folies intermittentes et circulaires, on constate souvent des changements réguliers de poids à chaque période d'accès. Dans le marasme de la mélancolie, de la manie, de la

(1) Extrait de la 2e édition du Manuel pratique de médecine mentale de notre collaborateur, M. Régis, qui doit incessamment paraître.

(2) Prof. Enrico Morselli : Manuale di Semejotica delle malattie mentali (Milano. 1885).

paralysie générale, l'amaigrissement est progressif et peut atteindre parfois, un degré excessif. Enfin, au déclin des accès aigus, l'embonpoint se rétablit, et c'est là un indice favorable, à condition qu'il coïncide avec une amélioration parallèle de l'état mental.

Les *affections des voies digestives* sont très fréquentes dans l'aliénation mentale. On y rencontre particulièrement le cancer, l'ulcère, la dilatation de l'estomac, les dyspepsies, les gastrites ; la péritonite chronique, le catarrhe duodénal, le cancer du rectum, le déplacement du colon transverse, la dysenterie, l'entérite ; la congestion et les abcès du foie ; la néphrite interstitielle et parenchymateuse ; le catarrhe de la vessie, la cystite, l'hypertrophie de la prostate, etc. etc.

Quant aux troubles fonctionnels, ils ne sont pas moins nombreux et moins importants. Ce sont : l'état saburral, la fétidité de l'haleine, les régurgitations avec pyrosis, les vomissements et vomituritions, les gastrorrhagies et enterorrhagies, les coliques intestinales, le météorisme, la tympanite, surtout la constipation, la diarrhée et l'incontinence des urines et des matières fécales. On peut observer ces symptômes dans toutes les formes de folie, aiguës, chroniques, simples ou associées, mais ils sont plus spéciaux aux états mélancoliques, dans lesquels ils font rarement défaut. C'est à eux qu'est dû en grande partie, le refus d'aliments ou *sitiophobie* qu'il ne faut pas confondre avec l'inappétence, bien que celle-ci l'accompagne dans beaucoup de cas.

*(A suivre.)*

## REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

RECHERCHES SUR LA PRODUCTION DE L'IMMUNITÉ CONTRE LA DIPHTÉRIE CHEZ LES ANIMAUX, par le Dr BEHRING. (*Deutsche. medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 50, p. 1145.)

Le présent travail n'est que la suite et le complément de celui que publiait naguère M. Behring, en collaboration avec M. Kitasato, et qui a déjà été analysé dans ce journal (n° 50, p. 594).

Après avoir rappelé, ce que nous ont appris les travaux de Loeffler, de Roux et Yersin, que certaines espèces animales (souris, rats) possèdent naturellement l'immunité contre la diphtérie, M. Behring passe en revue les différents procédés connus, qui nous permettent de conférer cette immunité aux animaux qui ne la possèdent pas.

1° Un premier procédé est celui que Fraenkel publiait il y a peu de jours (voir *Gazette médicale* n° 50, p. 595) et qui consiste à injecter à un animal (cobaye) une culture stérilisée du bacille de Loeffler.

2. Un second procédé consiste à introduire dans une culture de ce même bacille, de l'iode trichloré, dans la proportion de 1 pour 500. Au bout de seize heures de contact, on injecte à un cobaye 2 cc. d'une pareille culture dans la cavité abdominale ; on lui confère ainsi l'immunité contre la diphtérie ;

3° Les deux premiers procédés font intervenir, comme principe vaccinal, les produits fabriqués par les bacilles au sein des cultures. Mais l'immunité peut également être conférée au moyen des produits fabriqués par les bacilles dans l'organisme vivant infecté. Dans les cavités pleurales des animaux qui ont succombé à la diphtérie, on trouve souvent une sérosité jaunâtre, quelquefois incolore, d'autres fois sanguinolente, qui ne renferme pas de bacilles. Injectée à des cobayes, dans le ventre ou sous la peau, cette sérosité développe presque toujours une infection mortelle. Mais quand les animaux résistent, ils ont acquis l'immunité contre la diphtérie ;

4° On peut encore obtenir ce résultat, en inoculant la diphtérie à des animaux et en les soumettant ensuite à certains traitements susceptibles de les guérir. Le chlorure double d'or et de sodium, la naphtylamine, l'acide trichloracétique, l'acide phénique peuvent être employés avec succès chez des cobayes, comme agents curatifs de la diphtérie. L'iode trichloré est plus efficace encore, si on s'en rapporte aux résultats expérimentaux communiqués par M. Behring. Mais l'auteur insiste sur ce que *ce serait une erreur de croire que l'iode trichloré, exerçant des effets thérapeutiques si remarquables chez des animaux, est entre nos mains un médicament capable de guérir la diphtérie chez l'homme.* D'abord cette substance est douée d'une action caustique très intense ; puis elle n'a été que très peu expérimentée sur des animaux infectés de la diphtérie par les voies aériennes, larynx et trachée. Enfin des essais faits avec beaucoup de circonspection sur des enfants atteints de la diphtérie, ont donné des résultats qui sont loin d'être encourageants. Bref M. Behring déclare explicitement qu'il n'est pas en possession d'un remède efficace contre la diphtérie humaine, qu'il est seulement à la recherche d'un pareil remède.

5° Nous possédons dans l'eau oxygénée un agent qui n'a rien à voir avec les produits fabriqués par les bacilles, et avec lequel nous pouvons conférer à des cobayes une résistance plus grande contre le virus diphtéritique, et à des lapins une immunité complète. M. Behring a employé l'eau oxygénée dissoute en faibles proportions dans une solution d'acide sulfurique à 10 0/0. Détail curieux, si l'eau oxygénée a une valeur prophylactique considérable, d'autre part les animaux infectés de la diphtérie succombent plus rapidement, lorsque ensuite on les traite par le médicament en question. De même, quand on ajoute de l'eau oxygénée à une culture du bacille de la diphtérie, cette culture gagne en virulence.

En somme, ce qui doit intéresser surtout le médecin, c'est de savoir qu'aucune des cinq méthodes d'immunitation dont s'est occupé M. Behring n'est applicable à l'homme.

M. Behring nous apprend d'autre part, qu'en injectant, à plusieurs reprises, de fortes doses du poison diphtéritique à des animaux, par la voie sous-cutanée, on les prive de nouveau de l'immunité antérieurement acquise.

L'auteur a cherché ensuite à démontrer que l'immunité en question est bien distincte de l'accoutumance que nous observons à la suite de l'administration continue, et à doses progressives, de poisons tels que la morphine.

Revenant ensuite sur le travail qu'il a publié en commun avec M. Kitasato, M. Behring a fait remarquer qu'il n'avait peut-être pas assez insisté sur les effets curatifs qu'on développe en injectant dans le ventre, à des souris, du sang d'un lapin auquel on a conféré l'immunité contre le tétanos. Non seulement les souris sont rendues réfractaires au tétanos, mais quand l'injection est faite à titre curatif, alors que déjà le tétanos se manifeste par la rigidité de plusieurs membres chez l'animal injecté, celui-ci est arraché à une mort qui eût été inévitable sans l'injection, et en quelques jours il est rétabli. Il semble donc que la possibilité de guérir, par de semblables procédés, des maladies infectieuses à évolution aiguë, soit mise hors de doute.

E. RICKLIN.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

## LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

*(Suite)* (1).

VII. — CAS DE TUBERCULOSE LARYNGÉE, GUÉRISON RAPIDE, par le professeur OPPENHEIMER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 49, p. 1140.)

VIII. — SUR DES ALTÉRATIONS PRÉCOCES DES POUMONS SOUS L'INFLUENCE DU REMÈDE DE KOCH, par le Dr C. VON NOORDEN. (*Ibidem*, p. 1135.)

VII. — Chez des tuberculeux en traitement dans le service de M. Gerhardt, directeur de l'une des cliniques médicales de l'Université de Berlin, et qui depuis environ deux semaines étaient soumis au nouveau traitement de Koch, on a constaté des modifications des signes physiques survenues après une ou plusieurs injections. La relation du cas suivant donnera une idée nette de ce dont il s'agit :

Emma K..., 19 ans, garde-malade, a eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires et des foyers de tuberculose osseuse. Guérison après opération. Depuis sept années, elle a un lupus du nez. Ce lupus a été traité à plusieurs reprises par des spécialistes, et il paraissait être guéri. La malade est entrée à l'hôpital, pour un ulcère simple de l'estomac, avec hématémèses. La même affection l'avait amenée déjà à plusieurs reprises dans le service.

Lorsque le 20 novembre dernier, M. Gerhardt proposa à la malade de lui faire une injection du remède de Koch, afin de voir si le lupus était réellement guéri, les symptômes gastriques s'étaient dissipés. La malade ne présentait plus aucun signe d'une affection organique. Lors de ses précédents séjours à l'hôpital, on avait noté, à certains jours, de légères poussées fébriles. On avait conclu de là, qu'il devait encore subsister des foyers tuberculeux, de nombreuses cicatrices attestant l'existence de semblables foyers dans le passé. Le larynx, les poumons et d'autres organes, examinés à plusieurs reprises, avec beaucoup de soin, ne présentaient rien d'anormal. Pas de toux, pas d'expectoration.

Le 21 novembre, on fait une première injection du remède de Koch, de la valeur de 5 milligrammes. Le soir, la température s'élève à 38°,8 ; la fréquence des mouvements respiratoires monte de 20 à 42, la fréquence du pouls de 80 à 110. Le nez, dans la région qui avait été le siège du lupus, rougit, se tuméfia ; on constata l'apparition d'une ulcération au début, sur la muqueuse du larynx ; la malade se plaignit de douleurs dans le côté droit de la poitrine.

Le 22 novembre, la fièvre persistait. T. M. 37°,9. S. 39°, P. 122. R. 58. Murmure respiratoire bien net, en arrière, en bas et à droite, là où, la veille, la malade éprouvait de la douleur. L'expectoration, nulle précédemment, rare la veille, était devenue abondante, muco-purulente, sous formes d'amas globulaires; pas de bacilles de la tuberculose.

Le 23 novembre, au matin, on constate un peu en dehors de la ligne scapulaire, et ne s'étendant pas tout à fait jusqu'à la base du poumon, une zone de matité, d'environ 7 centim. de diamètre, au niveau de laquelle on perçoit des râles fins. R. 30. Température normale.

Le 24 novembre, l'état général est meilleur, la toux est plus rare, il n'y a plus d'expectoration. A la percussion, le son est moins mat. A droite, en arrière et en bas, les râles sont moins abondants.

Le 25 novembre. Au nez, la réaction a fortement rétrocédé. On fait une injection de la valeur de 0,01 à onze heures moins le quart. Le matin, le son développé par la percussion n'était presque plus mat, à droite, en arrière et en bas; on n'entendait plus de râles à ce niveau. Dans l'après-midi, à trois heures, frisson; le soir, état général très mauvais; mais surtout, augmentation sensible de la toux et de l'expectoration. Le produit de celle-ci est constitué par des amas muco-purulents, qui nagent, en très grand nombre, dans un liquide aqueux. T. 40°. P. 132. R. 60; au niveau de la zone mentionnée ci-dessus, à droite, en arrière et en bas, on entend de nouveau des râles humides, et d'autres, en nombre moindre, dans la région homologue gauche. La matité est devenue plus accusée, mais elle n'a pas gagné en étendue. Fortes douleurs gastriques.

Le 26 novembre, après une nuit agitée, la température interne est tombée à 39°,4, puis à 38°,8 le soir. La respiration est toujours très fréquente, 68. Le son développé par la percussion est encore plus sourd, à droite, en arrière et en bas; la zone de matité a gagné en étendue, elle a maintenant la largeur d'une main. On entend, à ce niveau, du souffle bronchique, et le soir, en outre, des râles crépitants. La région du nez, occupée par le lupus, s'est de nouveau fortement tuméfiée, moins pourtant qu'après la première injection.

Le 27 novembre, pendant la nuit, défervescence (36°,5) avec diaphorèse. R. 30. Toux sèche très fréquente. Légère teinte subictérique aux conjonctives. Au niveau du foyer pulmonaire, à droite, en arrière et en bas, on perçoit toujours encore de nombreux râles crépitants et un souffle tubaire. Il y a toujours de la matité avec tympanisme. L'examen de nombreux crachats au point de vue de la présence éventuelle de bacilles spécifiques ne donne que des résultats négatifs.

Le 28 et 29 novembre, diminution progressive de la matité.

Le 30 novembre. La matité a presque entièrement disparu. Murmure vésiculaire pur.

— D'après M. von Noorden, chez cette malade les injections du remède de Koch ont eu pour résultat de déceler un foyer tuberculeux pulmonaire resté latent. La réaction locale, au sein de ce foyer tuberculeux, s'est traduite, à la percussion et à l'ausculation, par un noyau de pneumonie spécifique qui a marché rapidement vers la résolution locale, malgré l'emploi subséquent du remède de Koch. L'auteur ajoute que, selon toute vraisemblance, cette réaction locale n'est que le prélude d'un travail curatif qui s'empare du foyer tuberculeux.

Dans un autre cas, relatif à un homme de 31 ans, tuberculeux avéré depuis cinq mois, les choses se sont passées d'une façon analogue que dans le cas précédent : apparition d'un foyer pulmonaire, à droite en arrière et en bas, sous l'influence des injections du remède de Koch.

Chez trois autres malades, les injections ont eu pour effet d'accroître l'étendue d'un foyer d'infiltration pulmonaire préexistant ; en même temps le bruit de percussion est devenu plus mat qu'auparavant, au niveau de ce foyer. Chez tous ces malades, les signes en rapport avec l'infiltration pulmonaire ont ensuite perdu de leur intensité. Plusieurs malades se sont plaints de douleurs pleurétiques, à la suite des injections, et alors on entendait des bruits de frottement, au niveau de la zone douloureuse.

VIII. — A propos de la communication de M. Hertel (Voir n° 49, p. 583), M. Oppenheimer relate le cas suivant qui, au dire de l'auteur, démontre que l'action favorable *palliative* du remède de Koch peut se manifester avec une rapidité également remarquable dans les cas de tuberculose laryngée et dans les cas de lupus de la peau :

(1) Voir les numéros 48 et 49.

Une femme âgée de 28 ans, de famille saine, présente depuis deux années les signes d'une infiltration tuberculeuse du sommet droit; ses crachats renferment des bacilles. Depuis le mois de septembre dernier, elle est consumée par une fièvre continue, avec exacerbations vespérales et sueurs nocturnes. Toux incessante, voix voilée, vomissements. Malgré l'emploi de la cocaïne, on n'a point réussi à pratiquer l'examen laryngoscopique.

Le 22 novembre, on a injecté à la malade 1 milligramme du remède de Koch; la réaction consécutive a été légère.

Le 23, nouvelle injection de même dose; la température s'élève de 37°,6 à 39° en l'espace de neuf heures.

Le 24, troisième injection de 1 milligramme. Le soir, à six heures, T. 39°, vertige, dyspnée, sensation de constriction à la gorge, pas de dysphagie, toux légère; la voix était un peu moins voilée. On peut maintenant mettre le laryngoscope en place sans difficulté; une excroissance bleuâtre, du volume d'un grain de chénevis, occupe la partie antérieure de la corde vocale droite.

Le lendemain, l'excroissance avait disparu, laissant comme traces une rougeur et une légère tuméfaction de la corde vocale correspondante. La toux, si fatiguante jusqu'alors, et les vomissements ont cessé à partir de ce même jour et ne s'étaient pas reproduits à la date du 1er décembre. Les symptômes locaux se sont réduits à une légère sensation de douleur, qui se montre de 8 à 10 heures après chaque nouvelle injection et qui persiste pendant trois ou quatre heures.

E. RICKLIN.

### LE REMÈDE DE KOCH A MADRID

Le docteur Espina a fait le 4 décembre au soir, dans une réunion du corps médico-pharmaceutique de la bienfaisance provinciale de Madrid, une conférence sur le remède de Koch qu'il a eu l'occasion de voir expérimenter à Berlin où l'avait envoyé le corps de la bienfaisance.

Après un portrait de Koch écrit en lignes enthousiastes, il disculpe le médecin allemand de garder en secret son remède, dont on a fait connaître les premiers effets en devançant la volonté de son inventeur; il croit qu'il serait dangereux que le secret fût divulgué parce qu'ainsi le remède secret serait mis en des mains inexpérimentées. Toujours, dit-il, les inventions humaines, avant d'être livrées au vulgaire, ont été réservées aux académies et aux corps savants (ce qui n'est pas le cas ici cependant).

Un des caractères de l'injection de la lymphe c'est, d'après M. Espina, de ne laisser aucune trace au point de la peau où elle a été faite; mais la réaction qu'elle produit chez un tuberculeux est souvent effrayante. Dans les manifestations tuberculeuses externes, M. Espina a remarqué une auréole inflammatoire, un œdème accompagné d'un travail de nécrose. Dans les cas de tuberculose interne, l'auscultation révèle une diminution d'amplitude des mouvements respiratoires, des symptômes d'hépatisation, une fièvre intense, quelquefois de l'albuminurie, dans deux cas suivis d'autopsie, la température était descendue à 33°. M. Espina défend Koch d'avoir annoncé la guérison de la phtisie en deux ou trois semaines, comme on le lui a fait dire; il a simplement donné une règle pour le traitement de la phtisie à l'aide d'une lymphe à action élective et spécifique sur tout point de l'organisme où s'est développé un produit tuberculeux, rien de plus, rien de moins, d'après les propres paroles de Koch à M. Espina.

Augmentation puis diminution des bacilles dans les crachats, modification du lupus, de façon à laisser libre champ à la curette de Wolkmann, voilà ce que produisent les inoculations; il y a en aussi augmentation de poids des phtisiques, diminution de la fièvre, mais M. Espina n'a pas vu que l'on tint ces malades pour guéris, car chacun sait que de telles améliorations se sont produites après d'autres médications.

Quant à la nature de la lymphe, M. Espina croit qu'elle ne contient ni bactéries ni substance minérale, que c'est une toxi-albumine dont le secret ne tardera pas à être dévoilé. Il croit, d'ailleurs, qu'on peut expérimenter le remède dans tous les hôpitaux de tous pays; on en a expérimenté de plus dangereux.

En terminant, M. Espina dit qu'il faut procéder dans les hôpitaux de Madrid à l'expérimentation de la lymphe de Koch avec prudence, dans des salles spéciales, avec des médecins qui ne feront autre chose que ces recherches.

— De son côté M. le docteur San Martin a fait à la Faculté de médecine une conférence sur le traitement de Koch. Après quelques paroles sur son voyage à Berlin il a passé en revue les maladies pour lesquelles il a vu employer la fameuse lymphe.

*Lupus*. — Le traitement palliatif est à peu près sûr. M. San Martin n'a vu aucun cas sans résultat, mais s'agit-il d'une curation durable? Là est le doute.

*Tuberculose ganglionnaire*. — Effets très variés de l'injection; quelques cas d'amélioration, aucun d'aggravation.

*Tuberculose pulmonaire*. — Pas de guérison; il faut de la prudence en vue des réactions souvent très intenses et de l'œdème possible.

*Tuberculose laryngée*. — Résultats surprenants de soulagement. L'orateur cite, à ce propos, le cas d'un malade qui, menacé d'étouffement, fut notablement soulagé trois jours après une injection.

*Tuberculose méningée*. — L'injection doit être faite avec prudence. M. San Martin a vu chez Henoch un cas de soulagement sérieux.

L'orateur excuse Koch de garder le secret sur son remède. Entre autres caractères de la lymphe, il cite ceux-ci: la lymphe donne 1 0/0 de cendres, elle ne contient aucun toxique; son principe actif est une toxi-albumine pouvant avoir quelque ressemblance avec le venin des ophidiens; elle ne contient aucun micro-organisme, ce n'est pas un liquide de culture, c'est peut-être une diastase qui amène la destruction des matières tuberculeuses.

Comme découverte, M. San Martin l'assimile à celles de Jenner et de Lister, avec cette différence que ces dernières sont des découvertes empiriques.

DELVAILLE.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles**, par le Dr DESCROIZILLES. — Deuxième édition, revue et augmentée. (Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.)

Ce n'est pas chose facile à un médecin de trouver le temps pour écrire un travail ou un traité de pathologie médicale. Aussi est-ce avec plaisir que nous signalons à nos lecteurs la nouvelle édition, augmentée et complétée, que M. le Dr Descroizilles vient de publier de son traité des maladies des enfants.

L'ouvrage a été considérablement augmenté. De nouveaux chapitres ont été ajoutés par l'auteur, et ceux qui figuraient dans la précédente édition remis au courant des idées ac-

tuelles. Tel qu'il se présente, il prend une bonne place à côté de ses illustres devanciers dans la littérature des maladies infantiles, et il nous laisse espérer pour plus tard une transformation plus complète en un traité didactique des maladies des enfants.

Comme nous le disions, nombre de nouveaux chapitres ont été ajoutés ou traités avec plus de détails que dans la première édition; nous nous bornerons à mentionner les additions principales qui ont été faites.

Dans les maladies consécutives à l'accouchement, nous trouvons les paralysies des nouveau-nés, qui, malgré leur rareté relative, méritaient au moins la mention qui en est faite.

Parmi les affections du tube digestif, si importantes dans la pathologie de la première enfance, nous mentionnerons spécialement la *dilatation de l'estomac*, que les travaux de Moncorvo, de Bouchard et R. Blache avaient mis en lumière, et sur laquelle, plus récemment, Comby a de nouveau attiré l'attention en insistant sur les rapports qui l'unissent avec le rachitisme.

Mentionnons également un chapitre entièrement neuf sur la cirrhose du foie chez les enfants, affection qui est rare, mais que des travaux récents ont remis en lumière. La cirrhose se présente avec ses caractères habituels, ascite, dilatation du réseau veineux abdominal, etc. Un point intéressant de son histoire est l'étiologie; or, il est avéré que l'alcoolisme a pu, dans certains cas, être incriminé, surtout en Angleterre, où les enfants sont habitués de bonne heure à boire de l'alcool; à côté de cette cause de cirrhose se rangent les maladies infectieuses, et principalement la rougeole.

Nous trouvons dans les maladies du cœur, un chapitre consacré à l'insuffisance de l'artère pulmonaire dont on commence à connaître quelques exemples, et un autre à l'athérome de l'aorte chez les jeunes sujets. On sait, en effet, depuis quelque temps que l'athérome des artères n'est pas l'apanage de l'âge avancé seul et que des lésions athéromateuses ont pu être observées chez de jeunes sujets à la suite de localisations infectieuses.

Dans les affections des centres nerveux, nous rencontrons d'abord la méningite chronique dont M. Descroizilles admet l'existence chez les enfants en dehors de toute tuberculisation des méninges. L'élévation de la température, la fréquence constante du pouls et de la respiration ont servi de moyens de diagnostic dans un cas dû à Dreyfous. Le diagnostic, il est vrai, ne doit pas toujours en être facile, et, comme le dit l'auteur très justement, il ne pourra le plus souvent être qu'approximatif en présence des formes si variées que peut révéler la méningite tuberculeuse.

La sclérose cérébrale a été l'objet de développements plus étendus que dans la première édition, sa fréquence relative, son importance en pathologie infantile le méritaient; enfin, la partie de l'ouvrage consacrée aux maladies du système nerveux se termine par des chapitres entièrement neufs, consacrés au tabès spasmodique infantile, à la maladie de Friedreich, à la sclérose en plaques, et à la maladie des tics convulsifs.

On connaît, au sujet du rachitisme, les idées qui avaient été émises par Parrot, et qui ont soulevé tant de controverses. M. Descroizilles ne semble pas être partisan de l'influence unique de la syphilis dans la production du rachitisme. Le rachitisme est pour lui une manifestation d'une cachexie quelconque, et à ce point de vue, il se rallie aux conclusions émises par M. Comby sur cette question, à savoir que la syphilis héréditaire aboutit au rachitisme, non par influence spécifique, mais en rendant le malade cachectique et en l'épuisant.

Signalons également les deux chapitres consacrés à l'atrophie musculaire infantile et à la maladie de Thomsen.

Tout ce qui concerne les maladies de la peau est traité avec détails. On sait en effet combien sont fréquentes chez les enfants les affections de la peau, et quels inconvénients elles entraînent souvent, quant à la santé des malades. A signaler un chapitre nouveau consacré à l'éléphantiasis des Arabes.

Les maladies générales et les intoxications terminent l'ouvrage. Au premier rang se rangent les fièvres éruptives et parmi celles-ci, nous trouvons en première ligne une maladie qui vient de prendre dans le cadre nosologique sont droit de cité: *la rubéole*. Décrite d'abord en Allemagne, considérée plus tard en France comme une éruption complexe formée d'un mélange de rougeole et de scarlatine, la rubéole est considérée comme une entité morbide, et de nombreux cas publiés à la Société médicale des hôpitaux et ailleurs, l'ont définitivement rangée au nombre des fièvres éruptives.

En ce qui concerne la varicelle on sait que beaucoup d'auteurs, suivant en cela les traditions de Hebra, de Kaposi et de l'école de Vienne, l'avaient considérée comme une manifestation affaiblie de la variole, lui refusant ainsi toute personnalité. Dans sa première édition M. Descroizilles s'était montré partisan de cette opinion. Mais il déclare aujourd'hui qu'il se range à l'avis de Trousseau, Picot et d'Espine, d'Heilly, etc., et que pour lui, variole et varicelle sont bien deux maladies différentes n'ayant entre elles aucune analogie de nature ou d'origine.

Ajoutons encore pour terminer les descriptions qui concernent la grippe épidémique, la gangrène des extrémités, asphyxie et syncope locale, l'intoxication par le venin de vipère, l'alcoolisme, l'intoxication par l'acide phénique, enfin l'intoxication saturnine.

Un formulaire très complet termine l'ouvrage et les praticiens y trouveront près de 700 formules qui leur seront d'un utile secours dans la pratique des maladies infantiles.

L'ouvrage dans son ensemble est agréable à lire, n'était peut-être — pour les mauvais yeux — le texte un peu serré de l'impression, et il fait le plus grand honneur au médecin qui l'a conçu et rédigé avec sa compétence toute spéciale.

H. BARBIER.

# BULLETIN

### SEANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLOGE DE M. CHAUFFARD.

Mardi dernier, à l'Académie de médecine, après le rapport général sur les prix par M. Féréol, et la proclamation des lauréats par M. Moutard-Martin, le secrétaire perpétuel, M. Bergeron a prononcé l'éloge de M. Chauffard.

En prenant pour sujet de son panégyrique la vie et les travaux de l'ancien professeur de pathologie et de thérapeutique générales, M. Bergeron n'a pas voulu seulement rendre un dernier hommage à la mémoire d'un collègue éminent, il a eu aussi pour but, à un moment où les doctrines médicales subissent une transformation profonde, pour ne pas dire une véritable révolution, de rappeler aux partisans des idées nouvelles que le souvenir et le respect de la tradition ne sont nullement incompatibles avec le progrès. Il ne pouvait mieux trouver, à cet effet, que de faire revivre un instant, dans cette enceinte même de l'Académie où sa parole éloquente a si souvent retenti, l'homme qui, sans jamais fermer les yeux aux vérités nouvellement acquises, n'a cessé de lutter toute

sa vie pour défendre les droits de la tradition, souvent oubliés ou méconnus.

Le discours de M. Bergeron, très étudié, bien écrit, n'est pas une biographie banale; c'est un éloge académique, dans la véritable acception du mot où, sans renoncer à peindre l'homme, on s'attache surtout à faire connaître le savant et l'influence qu'il a pu exercer sur le mouvement scientifique de son époque. Il est difficile alors au panégyriste de ne pas entrer en scène lui-même, car il n'a pas seulement à raconter, il a souvent aussi à apprécier, à juger. Evidemment M. Bergeron n'est pas hostile à beaucoup des idées, que nous appellerions volontiers conservatrices, de M. Chauffard, mais son esprit est plus facilement accessible aux notions récemment acquises. On peut dire que sa profession de foi est implicitement contenue dans l'exorde même de son discours, que nous demandons la permission de reproduire :

« Aussitôt qu'apparaît une doctrine nouvelle, dans quelque ordre que ce soit des manifestations de l'intelligence humaine, qu'elle soit issue d'une conception purement théorique ou déduite de la connaissance de faits ignorés ou mal observés jusque-là, on peut être certain de voir les esprits se diviser immédiatement en deux camps complètement opposés.

« Dans l'un s'agitent, en épuisant les formules d'admiration, les partisans enthousiastes de l'idée nouvelle; dans l'autre se replient, en regardant le passé, les défenseurs respectueux, mais exclusifs de la tradition, capables de part et d'autre de compromettre ou de retarder la réalisation d'un progrès, ceux-ci par leur résistance, ceux-là par l'excès même de leur enthousiasme.

« Mais, entre ces deux extrêmes, il y a toute une phalange d'esprits sages qui, en face de la doctrine naissante, se réservent, se recueillent, prêts, pour la plupart, à marcher en avant, mais sans hâte, sans abandonner de suite les principes qui les ont guidés jusqu'alors et, en résumé, attendent prudemment que les idées nouvelles aient fait leurs preuves. »

M. Bergeron appartient à cette dernière phalange et, lorsque plus bas il pénètre au cœur même des grandes questions de pathogénie ou de physiologie pathologique aujourd'hui débattues, il a peu de peine à montrer et à justifier la sagesse de l'esprit philosophique qui le guide. Conduit, par l'étude même de son sujet, à mettre, sinon en opposition, du moins en face l'une de l'autre, la voie suivie par M. Chauffard et celle qu'a inaugurée son successeur dans la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, M. Bouchard, il montre que ces deux voies, avec des points de départ si différents, sont loin d'être, en ce qui concerne la part à attribuer à l'organisme dans la genèse des maladies, aussi divergentes qu'on pourrait le supposer. Les doctrines microbiennes ne lui paraissent nullement incompatibles avec les principes de la spontanéité de l'organisme vivant défendus si énergiquement par M. Chauffard.

« Mais, enfin, dit-il, l'intervention, aujourd'hui indéniable, des microbes dans la genèse des maladies, a-t-elle définitivement réduit à néant le rôle de l'organisme? Evidemment non, et, sans entrer à cet égard dans aucun développement, pour ne pas fatiguer outre mesure l'attention de mes auditeurs, ne puis-je pas citer le bacille de la tuberculose, qui est un, toujours identique à lui-même, et dont cependant, comme siège et comme marche, le mode d'évolution est si parfaitement différent suivant les individus; ne puis-je pas citer encore cet autre microbe, ce streptocoque qui, suivant la porte d'entrée, et surtout suivant la nature du terrain, je veux dire de l'organisme dans lequel il aura pénétré, déterminera ici une pneumonie, là une pleurésie; et, sur un troisième sujet, un érysipèle.

« Aussi bien l'agent pathogène, si variable dans ses effets, comment agit-il sur l'organisme, par exemple dans le processus inflammatoire? Il impressionne d'abord, soit par sa seule présence, soit plutôt par les poisons qu'il sécrète, les extrémités périphériques des nerfs, et provoque ainsi des modifications circulatoires et nutritives; puis il se multiplie, en empruntant aux éléments anatomiques la substance nécessaire à sa prolification, tandis qu'à leur tour ces éléments anatomiques luttent contre l'envahisseur; ils se multiplient, l'enveloppent de leurs proliférations cellulaires, parfois même ils le détruisent par ce mystérieux travail de diapédèse qui aboutit ou phagocytisme.

« Or cette lutte dont le microscope a dévoilé les phases successives, n'est-elle pas un fait vital, qui n'emprunte rien à la physique ni à la chimie, et tel que le comprenait M. Chauffard? Certes, notre collègue n'eût pas manqué, et avec grande raison d'attribuer à un acte vital la destruction des micro-organismes pathogènes qui pénètrent incessamment dans nos organes, destruction qu'opèrent les cellules lymphatiques apportées de la profondeur des tissus à la surface par la provocation des microbes et de leurs produits.

« D'ailleurs, l'un des jeunes maîtres, qui de nos jours, ont consacré le plus de travaux à la microbiologie n'a-t-il pas dit, en s'adressant aux élèves : « Surveillez le microbe, mais n'oubliez pas l'organisme et ses réactions; glorifiez les progrès récents, mais soyez assurés que tous ne datent pas d'hier et qu'il y a encore une médecine. »

Evidemment, pour arriver à la solution des grands problèmes qui précèdent, la méthode expérimentale de nos jours est autrement féconde que la méthode dogmatique dont M. Chauffard a été l'un des derniers et des plus vaillants défenseurs; mais elle a à se garder contre une interprétation erronée des faits nouveaux qu'elle permet de découvrir et contre une généralisation prématurée de ceux qui sont définitivement acquis. A ce point de vue, elle ne saurait faire table rase des principes établis par l'ancienne école. En acceptant, pour les savants ou les travailleurs, la division proposée plus haut par M. Bergeron, on peut dire que les uns et les autres concourent, à des titres divers, à assurer le progrès. Les uns, les inventeurs, les pionniers, et ceux qui les suivent immédiatement, les *enthousiastes*, fraient les nouveaux sentiers, mais leur marche constante en avant les expose à s'égarer; les seconds, ceux qui composent *la phalange d'esprits sages*, plantent les jalons, aplanissent le terrain, élargissent la voie tracée et la transforment en une route dans laquelle désormais on pourra sûrement s'engager; les autres enfin, *les défenseurs respectueux de la tradition*, travaillent à relier la route nouvelle à l'ancienne et leur concours n'est pas à dédaigner, car on peut dire de la science, comme de la nature : *non facit saltus*.

Donc, à chacun son œuvre; celle de M. Chauffard a été considérable et M. Bergeron a eu raison de la mettre en relief. Mais ce qui l'a décidé à lui consacrer un éloge public « ce ne sont pas seulement les mérites supérieurs du savant et de l'écrivain, c'est aussi le caractère de l'homme, son désintéressement, la dignité de sa vie, c'est aussi cette puissance de conviction qui lui faisait dédaigner la popularité ».

Ceux qui ont connu Chauffard s'associeront certainement à ce double hommage rendu à son talent et à sa valeur morale.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain bulletin la suite de l'examen des réformes à introduire dans l'enseignement médical.

D[r] F. DE RANSE.

## NOUVELLES

### Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891
(LES CONCOURS SERONT CLOS FIN FÉVRIER 1891.)

**Prix de l'Académie.** — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

**Prix Alvarenga DE PIAUHY** (Brésil). — 800 francs (Annuel.)

Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

**Prix Barbier.** — 2500 francs. (Annuel.)

**Prix Henri Buignet.** — 1500 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales.

**Prix Capuron.** — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

**Prix Civrieux.** — 900 francs. (Annuel.)

Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

**Prix Daudet.** — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

**Prix Desportes.** — 1500 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

**Concours Vulfranc Gerdy.**

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1892.

Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

**Prix Ernest Godard.** — 1000 francs. (Annuel.)

Au meilleur travail sur la pathologie externe.

**Prix de l'hygiène de l'enfance.** — 1000 francs.

Question : *Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru ou tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli.*

**Prix Itard.** — 2700 francs. (Triennal.)

Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

**Prix Laborie.** — 5000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

**Prix Laval.** — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

**Prix Meynot** aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

**Prix Adolphe Monbinne.** — 1500 francs.

**Prix Nativelle.** — 300 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

**Prix Oulmont.** — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — (Médecine.)

**Prix Portal.** — 800 francs. (Annuel.)

Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

**Prix Pourat.** — 1200 francs. (Annuel.)

Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

**Prix Vernois.** — 700 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

### Faculté de médecine de Paris.

Dans sa séance de jeudi dernier, l'assemblée des professeurs a décidé de modifier le système d'examen actuellement en vigueur. Les élèves seraient rangés en série de dix et subiraient isolément leur examen devant chacun des juges, qui marqueraient les notes par des boules blanche, rouge et noire. La note définitive serait donnée d'après la moyenne des boules obtenues.

Cette décision est soumise à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

### Facultés et écoles des départements.

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Hazard est chargé, pendant la première année scolaire, des fonctions d'aide d'anatomie (emploi nouveau).

*Faculté de médecine de Lille.* — M. Focken, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'histoire naturelle.

M. Baillet est nommé aide-préparateur de physique.

*Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés, pour une période de trois ans, aides d'anatomie :

MM. Fabre, Destot et Villard.

M. Veillot est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie générale (emploi nouveau).

Un congé, sans traitement (jusqu'au 31 décembre 1891), est accordé, sur sa demande, à M. Rollet, prosecteur.

*Faculté de médecine de Nancy.* — M. Barth est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, préparateur d'anatomie pathologique.

Un congé, sans traitement (jusqu'au 31 octobre 1891), est accordé, sur sa demande, à M. Weill, aide de clinique.

*Ecole de médecine d'Angers.* — M. le Dr Charier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

*Ecole de médecine de Besançon.* — Un congé, sans traitement, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, est accordé, pour raisons de santé, à M. le Dr Charbonnel-Salle, professeur de physiologie.

M. le Dr Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Charbonnel-Salle.

*Ecole de médecine de Caen.* — M. Demerliac, licencié ès science physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

*Ecole de médecine de Poitiers.* — M. le Dr Buffet-Delmas, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1891, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Poitiers.

*Ecole de médecine de Reims.* — M. le Dr Pozzi, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

— Par arrêté en date du 16 décembre 1890 :

Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de Reims.

— Par arrêté en date du 15 décembre 1890 :

Un concours s'ouvrira le 22 juin 1891, pour l'emploi de chef des travaux anatomique et physiologique à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

*Ecole de médecine de Rouen.* — M. le Dr Cerné, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Duménil, décédé.

**Tuberculose et influenza.** — La récente épidémie de grippe paraît avoir été suivie de :

1° L'éclosion ; 2° l'aggravation d'un grand nombre de cas de tuberculose.

Le Comité de l'œuvre de la tuberculose, estimant qu'il serait utile à la science d'être renseigné aussi exactement que possible sur ce point important, prie tous les médecins de vouloir bien lui faire parvenir les résultats de leur pratique sur les questions suivantes :

1° Avez-vous observé des cas de ce genre?

2° Combien?

3° Dans quelles conditions sont survenus ces cas (âge, sexe, rapidité, terminaison, etc.)

4° Si c'est possible, rapporter en détail les cas les plus démonstratifs.

Les documents fournis à cet égard seront utilisés et publiés par les soins du Comité dans les études expérimentales et cliniques sur la tuberculose.

Prière de vouloir bien les envoyer avant le 1er mars 1890, à M. le Dr L.-H. Petit, secrétaire-général de l'Œuvre, chargé de la publication, 11, rue Monge, à Paris.

*Signé* : Verneuil, président; Bouchard, vice-président.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris*

**Chatel-Guyon**, indications et contre-indications, par le Dr Albert Deschamps. — Une brochure in-12 de 32 pages. — Prix, 1 fr.

**Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique, de la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques**, par Louis Couturier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe des hôpitaux et de la maternité de la Pitié. — Une brochure in-8° de 132 pages. — Prix, 2 fr. 50.

## BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 7 AU 13 DÉCEMBRE 1890.

Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 1. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 34. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 208. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 50. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 67. — Paralysie, 17. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, et chronique, 86. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 96. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 46. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 45. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 178. — Causes inconnues, 11 — Total 1070.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

*Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE

*Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).



## CLINIQUE CHIRURGICALE

### LES TUBERCULOSES LOCALES ET LEUR TRAITEMENT

Leçon clinique de M. le Professeur Le Dentu, rédigée par le Dr Pierre Sebileau, prosecteur des hôpitaux.

*(Suite et fin)* (1).

Maintenant, Messieurs, que vous connaissez les différentes manifestations de la tuberculose chirurgicale, vous devez apprendre le traitement qu'il convient de leur appliquer.

Il m'est impossible, en ce qui concerne la tuberculose cutanée, de vous formuler des lois thérapeutiques générales ; il n'y a pas, à cet égard, de règles précises à donner. Certaines formes sont justiciables de la destruction par la cautérisation actuelle ou potentielle ; certaines autres, de l'extirpation.

Les tuberculoses cutanées molles, suppurantes, qui possèdent des racines profondes, les gommes par conséquent sont avantageusement traitées par le fer rouge. Je réserve l'extirpation pour les tuberculoses bien limitées, qu'on peut facilement circonscrire par le couteau, et qui ne s'enfoncent pas trop profondément dans les tissus. Ne pensez pas que la multiplicité des lésions soit une contre-indication à cette thérapeutique : ici encore vous pouvez employer le bistouri ; mais au lieu de trancher trop largement dans les téguments et d'opérer sur un trop vaste champ, faites une série d'extirpations partielles, et, pour chacune d'elles, rappelez-vous qu'il ne faut pas être trop économe de peau.

Il va sans dire qu'en tout cas vous devrez, avant et par dessus tout, détruire le foyer originel, la colonie osseuse ou articulaire d'où est partie la lymphangite spécifique que nous avons incriminée dans la pathogénie des tuberculoses cutanées.

J'aime assez, dans les formes superficielles, plates, étendues, faire suivre l'ablation de la cautérisation au fer rouge : c'est le traitement auquel j'ai soumis le malade de l'hôpital Saint-Louis dont je vous rappelais l'histoire il y a quelques instants. Ainsi, si le bistouri n'a pas assez largement fait la part du mal, le thermo-cautère vient heureusement compléter l'opération.

La tuberculose ganglionnaire est justiciable de l'emploi des agents modificateurs, lorsqu'elle est arrivée à la période de ramollissement et de suppuration ; sa thérapeutique chirurgicale se confond alors avec celle des abcès froids dont je vous parlerai dans le cours de cette leçon. Mais quelle doit être votre conduite en présence de ce que j'ai appelé « les formes dures » de cette tuberculose ? Messieurs, toute la question se résume à ceci : Faut-il ou non pratiquer l'extirpation ? D'une manière générale, quand les ganglions atteints sont peu nombreux, qu'ils déterminent une gêne considérable, et qu'ils dé-

(1) Voir le précédent numéro.

## FEUILLETON

### JURISPRUDENCE MÉDICALE.

#### LA LYMPHE DE KOCH ET LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Quand la question de responsabilité médicale s'est posée à propos des expériences cliniques sur la lymphe de Koch, nous avons présenté quelques réflexions sans la prétention, bien entendu, de résoudre ce point de jurisprudence (*Gazette Médicale*, n° 50 p. 507). Aujourd'hui que ces expériences se font sur un champ de plus en plus vaste, il n'est pas sans intérêt d'être parfaitement éclairé, et nous avons demandé l'avis d'un homme dont la compétence et l'autorité, en matière de jurisprudence médicale, se sont hautement affirmées : nous avons nommé M. Léchopié, l'un des deux auteurs du *Code des médecins*. Voici la consultation du savant avocat.

F. de R.

— Depuis l'apparition de la lymphe de Koch, et ses mésaventures, la question de responsabilité que peut faire naître son emploi a été posée un peu partout.

Bien entendu, il ne s'agit pas, ici, de prendre parti, en quoi que ce soit, pour ou contre la lymphe, pour ou contre les expériences faites par les médecins français, mais uniquement de rechercher, la loi à la main, si, avec les plus louables intentions du monde, ceux-ci ne s'exposent pas, le cas échéant, à des poursuites, pénalités ou responsabilités quelconques.

Et tout d'abord, qu'il en résulte des accidents ou non, le seul fait d'employer le nouveau médicament est-il une infraction à la législation qui régit, en France, les remèdes secrets ? On sait que, par remèdes secrets, il faut entendre tous ceux qui ne figurent pas au codex, qui ne sont pas l'objet d'une prescription ou ordonnance spéciale d'un médecin pour chaque cas particulier qui se présente, ou dont la formule n'a pas été soumise, par les inventeurs, à l'examen et à l'approbation de l'Académie de médecine en conformité des décrets des 18 août 1810 et 3 mai 1850.

On ne peut évidemment contester que, dans l'espèce, il s'agisse d'un remède secret, au premier chef. Il est d'autant plus secret et, par suite, d'autant plus dangereux et contraire à l'esprit des lois sur la matière, que sa composition est, jusqu'à ce jour du moins, ignorée de ceux mêmes qui en prescrivent l'emploi que, par con-

forment d'une façon notable une importante région, celle du cou, par exemple, le chirurgien a le droit de pratiquer l'ablation. Encore y a-t-il des limites à cette hardiesse chirurgicale. Essayez d'abord le traitement général, l'arsenic, les iodures, l'iodoforme, avant de vous décider à l'opération, et ne tentez celle-ci qu'à la condition que les organes malades n'aient pas contracté des adhérences profondes susceptibles de devenir un danger au cours de l'intervention. Pour que le droit vous soit acquis d'extirper les ganglions tuberculeux, il faut que ceux-ci jouissent, sur les tissus sous-jacents, d'une mobilité relative, et que sous eux ne soient pas cachés d'autres ganglions aussi malades contre lesquels vous seriez impuissants. Cette mobilité relative ne suffit même pas, à mon avis, pour autoriser l'ablation dans tous les cas; vous la rencontrerez dans certaines régions où la prudence vous commande l'abstention, la région sous-occipitale par exemple, dans laquelle il vous sera difficile, sinon impossible, d'atteindre les limites d'un mal toujours bien plus étendu que ne semble l'indiquer l'examen clinique du patient. Cependant, Messieurs, il est des cas dans lesquels vous aurez le droit de proposer et d'entreprendre une opération incomplète, insuffisante, purement palliative. Il se peut, en effet, que les ganglions deviennent tellement gros, se multiplient à un tel point, montrent une telle tendance à s'accroître, qu'il y ait avantage à en débarrasser le malade. Vous pouvez tenter alors une ablation partielle. Soyez sobres, Messieurs, de cette chirurgie dont les résultats ne sont ordinairement pas brillants : les ganglions profonds, mis pour ainsi dire à l'aise par la disparition des superficiels, prennent un développement rapide, envahissent la place qu'occupaient les premiers, puis se ramollissent et suppurent. La plus grande réserve vous est donc imposée par la présence d'une chaîne ganglionnaire, parce que vous ne tenez jamais pour certain d'en atteindre les limites et que souvent les opérations partielles sont désastreuses. Je fais cependant une réserve pour la tuberculose axillaire, si étendue qu'elle paraisse. Ici, en effet, l'extirpation totale est toujours possible, de quelques difficultés qu'elle semble entourée.

Lorsque les ganglions ont suppuré et qu'ils sont devenus fongueux, l'ablation n'est indiquée que s'il s'agit d'une petite masse, bien limitée, peu profonde, et malheureusement, c'est là l'exception. A cette période de leur évolution, les glandes ramollies et enflammées ont déjà contracté des adhérences profondes, intimes avec les vaisseaux de la région, et leur extirpation est entourée des plus grands dangers. Vous dev[ez] alors les traiter comme des abcès tuberculeux ordinaires. L'éther iodoformé dans les cas ordinaires, le curettage quand les masses sont fongueuses, la cautérisation elle-même vous donneront de bons résultats. Je vous recommande la pâte de Canquoin : introduite dans les lupus sous forme de flèches que vous taillez comme bon vous semble, elle constitue un moyen de traitement vraiment très bon ; mais vous devez en réserver l'usage aux régions dont l'abord est facile et les rapports sans danger, le thorax par exemple : ne l'employez pas dans les départements vasculaires, le cou, le creux claviculaire, l'aine où les ganglions contractent facilement des adhérences avec les artères et surtout avec les grosses veines.

Messieurs, le même traitement ne me semble pas applicable à toutes les tuberculoses des synoviales. Il est certain que les procédés radicaux, l'extirpation franche et large, sont ceux qui donnent la plus grande réussite et qui constituent les méthodes de choix ; mais ils ne sont malheureusement pas applicables à tous les cas. Aussi convient-il de diviser les synoviales, au point de vue du traitement de leurs lésions tuberculeuses, en synoviales simples et accessibles comme celles des péroniers, et synoviales compliquées ou chirurgicalement peu abordables comme celles de la main.

Pour les premières, vous pouvez mettre en œuvre tous les procédés : l'incision, le drainage, le curettage, l'acupuncture, l'extirpation. Mais celle-ci est sans contredit, la meilleure méthode, puisque c'est elle qui guérit le plus sûrement et le plus vite, en supprimant de l'organisme le foyer où se développent et se cultivent spontanément les microorganismes.

Pour les secondes, l'ablation est la plupart du temps impossible en raison de l'étendue des lésions qui ont envahi les tissus voisins. Ainsi, à la main, le carpe, le métacarpe, les articulations métacarpo-phalangiennes sont souvent atteints, la tuberculose rayonnant de la séreuse vers les os et les jointures. Dans ces cas l'ignipuncture m'a donné de bons résultats : je me rappelle l'avoir mise en pratique sur un malade de l'hôpital Saint-Louis, chez lequel j'obtins, malgré l'importance des lésions métacarpiennes, une guérison absolue. Pendant quelque temps le doigt resta plus petit, comme fibreux, sclérosé ; puis il reprit sa forme et sa vitalité première, au point qu'aujourd'hui il est presque impossible de le distinguer des autres. Si compliquée que soit la région des gaines malades, ne déses-

---

séquent, ils se trouvent hors d'état de diriger avec prudence et en connaissance de cause.

Or, les art. 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, sur la pharmacie, interdisent, aux pharmaciens et à tous autres, dans un intérêt d'ordre public, la vente ou l'annonce des remèdes secrets, et l'on est d'accord pour admettre que les infractions à ces dispositions sont punies par la loi du 29 pluviôse an XIII, pour la première fois d'une amende de 25 à 600 francs et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de 3 jours au moins et 10 jours au plus, qu'il s'agisse d'ailleurs de vente ou de simple mise en vente, la jurisprudence assimilant habituellement ces deux faits (1).

On objecte que la loi pénale est de droit étroit et que les textes ci-dessus, ne visant que les cas d'annonce et de vente, peuvent bien atteindre ceux qui veulent tirer profit d'un médicament secret, mais non des médecins qui l'administreraient gratuitement, dans un but d'ailleurs exclusivement scientifique ou clinique.

A cet égard, M. le Dr De Rause a émis, à cette même place, les plus respectables scrupules, se rangeant ainsi au vœu formulé par le Comité consultatif d'hygiène publique en ces termes par lui rappelés : « Il y a un intérêt scientifique à ce que les expériences sur la valeur du remède de Koch soient continuées en France. »

Quelle que soit la valeur de l'objection, doit-elle être prise en considération ? Il faut bien reconnaître que l'esprit nettement accusé de la législation sur la matière est, en somme, d'arriver à la prohibition, à la suppression absolue des remèdes secrets, et que leur emploi, même gratuit, ne saurait pas plus se concevoir que leur vente ou mise en vente incontestablement interdite. La loi du 5 juillet 1844, sur les brevets d'invention, ne vient-elle pas encore renforcer la législation antérieure, en déclarant que les remèdes ne sont pas susceptibles d'être brevetés et demeurent

(1) Art. 32 de la loi du 21 germinal an XI : « ... Ils (les pharmaciens) ne pourront vendre aucun remède secret... »

Art. 36 : « Tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses sur des théâtres ou étalages... toute annonce ou affiche imprimée qui indiquerait des remèdes secrets, sous quelque dénomination qu'ils soient présentés sont sévèrement prohibés... »

Loi du 29 pluviôse an XIII. Art. unique : « Ceux qui contreviendront aux dispositions de l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, relatif à la police de la pharmacie, seront poursuivis par mesure de police correctionnelle, et punis d'une amende de 26 à 600 francs; et en outre, en cas de récidive, d'une détention de 3 jours au moins, de 10 jours au plus. »

pérez donc pas de la guérison quand la synovite fongueuse n'est pas étendue : sachez même que les altérations des os ne s'opposent pas au succès de votre thérapeutique, à la condition seulement que l'aiguille pénètre dans leur épaisseur, et que vous ne limitiez pas à la seule synoviale l'action de l'ignipuncture. La réparation osseuse se fera simplement, sans élimination de fragments nécrosés, ou bien après issue de quelques petits sequestres.

De toutes les synovites tuberculeuses, celles que vous aurez le plus souvent à traiter sont certainement celles du poignet. Si vous avez affaire à un kyste simple, qu'il contienne ou non des grains hordéiformes, l'incision simple, l'incision avec drainage, un léger curettage, l'action sur la paroi d'un caustique léger, peuvent vous donner d'heureux résultats et assurer quelquefois au malade une guérison définitive. Mais rappelez-vous que la cure n'est souvent que passagère, et que, quelque temps après votre opération, la récidive peut survenir. J'en ai vu de nombreux exemples, et l'histoire du malade que vous avez vu il y a quelques instants à la salle Malgaigne doit être pour vous un précieux enseignement. Je l'ai traité pour un kyste synovial du poignet; les suites opératoires ont été heureuses; la guérison a été obtenue rapidement, mais elle n'a été que temporaire; la récidive s'est montrée sous forme d'une synovite fongueuse diffuse qui n'a pas tardé à envahir les os du carpe et leurs articulations, et il ne me reste plus à appliquer à ce malade, encore jeune, que le seul traitement qui convienne aux infiltrations tuberculeuses mal limitées du poignet, l'amputation de l'avant-bras. Ici, en effet, la résection ne réussit pas; il faut être radical et supprimer le membre. Quelle différence de pronostic suivant les cas! Il s'agirait des synoviales péronières que l'extirpation pure et simple serait suffisante, et sans nul doute, l'ablation faite, nous obtiendrons une réunion par première intention.

La formule de la thérapeutique des abcès froids, qu'ils soient primitifs (abcès froids proprement dits), ou qu'ils soient la conséquence d'une lésion osseuse plus ou moins éloignée (abcès ossifluents, abcès par congestion), est aujourd'hui bien simplifiée et se réduit à ceci : employer les injections d'éther iodoformé. Ne vous étonnez pas de me voir faire ce groupement et de me voir placer sur la même ligne des collections ayant pris naissance dans le tissu cellulaire et des collections d'origine ostéo-articulaire : les uns et les autres, les plus simples et les plus compliqués, sont justiciables de ce même traitement par l'iodoforme. Voici comment il convient de l'employer : après avoir pratiqué sur la peau un lavage antiseptique, plongez dans l'intérieur de la cavité purulente un trocart de l'aspirateur, et débarrassez-la ainsi de son contenu ; puis remplacez le pus que vous avez extrait par une égale quantité d'éther iodoformé (solution à 5 ou 10 0/0).

Très rapidement, il se produit une distension de la poche due à ce qu'une partie de l'éther, sous l'influence de la chaleur, se vaporise. La pression intérieure qui s'exerce alors sur les parois de l'abcès peut être assez intense pour altérer la vitalité des tissus, qui se mortifient, frappés dans leur nutrition. Cet accident n'est pas très rare; mais il existe un moyen facile de le prévenir. Avant de retirer le trocart vous devrez laisser, à la faveur de sa lumière, quelques vapeurs se dégager et faire irruption hors de la cavité purulente. Mais, comme il importe d'évacuer seulement la partie devenue gazeuse de la substance injectée, il ne faut ponctionner l'abcès qu'à sa partie supérieure, ce qui est, comme vous le savez, sans aucun inconvénient sur l'issue du pus, puisque l'aspiration vous permet de ne tenir aucun compte de la déclivité des points sur lesquels vous opérez.

Je vous disais tout à l'heure que les injections d'éther iodoformé convenaient aux grands abcès ossifluents; je vous dois, à cet égard, une explication. Il ne faut pas penser que par ce moyen, vous les guérirez tous; je crois même que ce traitement n'a pas d'énormes chances de succès, mais c'est là un reproche que vous pourriez justement adresser à tous les autres procédés. Et du reste, ce n'est pas toujours un leurre d'espérer la disparition de ces abcès sous la seule influence de l'iodoforme, et quelquefois même leur disparition rapide. Un de mes malades de l'hôpital Saint-Louis portait une énorme collection de la fosse iliaque droite, se prolongeant en bas jusque dans la partie supérieure de la cuisse et aboutissant en haut à la région lombaire, d'où il était venu à la suite d'une lésion tuberculeuse de la colonne vertébrale. Une seule injection d'éther iodoformé, faite dans cette poche qui contenait trois litres de pus a suffi pour en amener la guérison radicale et définitive. Je dis définitive car mon opération ne date pas d'hier, et depuis que mon malade a quitté l'hôpital, j'ai souvent eu de ses nouvelles. Il n'est donc pas possible de douter de l'efficacité des injections d'éther iodoformé; elle est surtout évidente quand on les répète, ce qui est, d'habitude, nécessaire, car peu de malades ont la chance

---

soumis notamment au décret de 1810. D'antre part, une jurisprudence constante décide que la distribution de remèdes, même gratuitement, constitue l'exercice illégal de la pharmacie, et il paraît bien vraisemblable que les tribunaux, avec la tendance que nous leur connaissons, ne manqueraient pas d'étendre cette solution à la question actuelle.

Vainement aussi tenterait-on de soutenir ce système, d'ailleurs repoussé par la jurisprudence, que les médecins ayant, à la différence des pharmaciens, le droit de composer les remèdes comme ils l'entendent, ne sauraient par conséquent tomber sous l'application des lois qui prohibent les remèdes secrets, puisqu'ils s'agit, dans l'espèce, d'un remède dont ils ignorent eux-mêmes la composition. Inutilement encore on invoquerait, soit l'autorisation d'un gouvernement étranger, soit, le cas échéant, la loi de douane du 27 mars 1817 qui a pour but de tarifer à l'importation les médicaments étrangers reconnus nécessaires ou utiles par l'Ecole de pharmacie, car, ainsi que l'a déjà décidé la Cour de Paris, le 30 novembre 1876 (*Gazette des Tribunaux* du 4 janvier 1877), il n'en saurait résulter aucune atteinte aux dispositions des lois antérieures prohibitives des remèdes secrets, lois dont les décrets des 18 août et 3 mai 1850 n'ont fait qu'assurer l'application, en prescrivant aux inventeurs de ces remèdes qui voudront qu'il en soit fait usage, d'en fournir la recette ou composition tant au ministre compétent qu'à l'Académie de médecine. Hâtons-nous d'ajouter que, dans le cas actuel, la loi de douane de 1817 constituerait, au reste, un argument de plus dans le sens de la prohibition, puisqu'elle porte, en propres termes, que les médicaments étrangers qui n'auront pas été reconnus nécessaires ou utiles par l'Ecole de pharmacie resteront prohibés.

La lymphe de Koch ne saurait donc échapper à l'action de nos lois que le jour où sa composition aura été révélée, dans les conditions qui viennent d'être indiquées, et un simple décret serait impuissant à lui donner droit de cité dans notre pays, un acte du pouvoir exécutif étant insuffisant pour modifier une loi.

D'ailleurs, alors même qu'il ne s'agirait point là d'un remède secret, il resterait toujours, semble-t-il, une préparation médicamenteuse qui tomberait encore sous le coup de la même loi de pluviôse an XIII; prononçant une amende de 25 à 600 fr., pour la première fois, et peut-être aussi, suivant certains auteurs et quelques décisions de justice, sous la disposition de l'art. 5 de la dé-

de guérir aussi rapidement que celui dont je viens de vous rapporter l'observation.

Quand plusieurs tentatives seront restées sans résultat et que ce traitement, qui est à la portée de tout le monde, aura échoué, vous pourrez essayer des méthodes plus compliquées, l'incision simple, l'incision avec drainage, le curettage des parois, l'extirpation de fragments osseux, le grattage des surfaces osseuses.

Tout cela, Messieurs, est très rationnel et chacune de ces méthodes compte à son actif des guérisons certaines. Malheureusement, il est souvent bien difficile, quelquefois impossible d'atteindre le point malade. Peut-être, à l'aide de longues cuillères tranchantes, y arriverez-vous pour la région lombaire, en suivant le trajet du pus ; peut-être même pourrez-vous mettre à jour le foyer tuberculeux par une incision postérieure ou une incision antéro-latérale. Je reconnais que tout cela est raisonnable et praticable. Mais gardez-vous de croire que le succès viendra couronner bien souvent ces interventions compliquées. Et du reste, si la région lombaire est encore accessible, à quelles difficultés, où pour mieux dire à quelle impossibilité n'allez-vous pas vous heurter quand la région dorsale sera en cause ! J'ose dire que rien n'est plus aléatoire que la cure de ces énormes abcès froids d'origine osseuse ; j'ai vu la simple incision suivie de drainage, surtout quand la poche a été modifiée déjà par les injections, déterminer une guérison définitive ; il s'établit alors une petite fistule qui laisse suinter pendant quelque temps un liquide séro-purulent, puis tout rentre dans l'ordre. Irez-vous donc tenter ces périlleux curettages des abcès profonds, quand un traitement si simple vous assure, et à bien moins de frais, autant de chances de guérison ?

Tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, s'applique exclusivement aux abcès froids, qui sont, au sens clinique du mot, des abcès froids; mais quelquefois l'inflammation survient, ils deviennent rouges, tendus, douloureux, se transforment en un mot, en abcès chauds. Ici l'indication est précise : devant la thérapeutique l'abcès chaud est, quelle que soit son origine, un abcès chaud, c'est-à-dire un abcès justiciable d'une large incision antiseptique suivie de drainage.

Messieurs, je ne veux point m'occuper ici du traitement des tuberculoses osseuse et articulaire. C'est là une grosse question, qui mérite de longs développements, et que je traiterai un jour devant vous avec tous les détails qu'elle mérite. Pour le moment, laissez moi vous dire seulement que la décapage, le grattage, l'évidement, la résection trouvent ici, chacun suivant son cas, leurs indications, mais que souvent les lésions sont si étendues, si complexes, si profondes que le chirurgien est obligé de recourir à *l'ultima ratio*, l'amputation du membre au-dessus du segment lésé.

## PATHOLOGIE MENTALE

### TROUBLES DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES CHEZ LES ALIÉNÉS (1),

par le Dr EMMANUEL RÉGIS.

*Suite* (1)

D. — *Sécrétions.*

La *sécrétion salivaire* est le plus souvent altérée par excès dans les maladies mentales (ptyalisme, sialorrhée). Les aliénés qui présentent cette particularité peuvent se diviser en trois groupes d'après Reinhardt : 1° les imbéciles, les idiots, les déments, les paralytiques, chez les quels la salive est fluide et aqueuse (paralysie vaso-motrice) ; 2° les fous systématisés avec délire d'empoisonnement et sitiophobie, chez lesquels la salive (très abondante et d'abord aqueuse, devient ensuite épaisse et trouble par la chute irritative de l'épithélium glandulaire (réflexion consciente et processus morbide des centres psychiques) ; 3° les maniaques, les circulaires, les sexuels, chez lesquels la salive est vitrée, tenace, blanchâtre et visqueuse (excitation mécanique locale ou irritation du grand sympathique).

Dans certains cas, comme dans le délire aigu, le délirium tremens, l'expuition de la salive peut devenir, pour ainsi dire, incessante).

La *sécrétion gastrique* est à peu près constamment troublée dans les dyspepsies et la sitiophobie des mélancoliques et des délirants systématisés, dans la polyphagie des maniaques, des déments, dans les vertiges stomacaux des hypocondriaques, des épileptiques, dans l'anorexie des alcooliques, dans la dilatation stomacale des neurasthéniques, etc., etc.

Dans ces dernières années, l'analyse chimique du suc gastrique retiré par sondage pendant la digestion, a fait diviser les dyspepsies en plusieurs catégories ; par excès de peptone ; par dilution du suc gastrique ; par hyperchlorhydrie ; par anachlorhydrie ; par fermentation (Alb. Robin). Les mêmes

(1) Voir le numéro précédent.

claration du 25 avril 1777 qui édicte une amende de 500 livres au minimum, pour la fabrication, la vente et le débit des médicaments par tous autres que les pharmaciens (1).

Si l'on voit, dans la lymphe de Koch un véritable remède secret, les poursuites ne pourront être exercées à la requête des pharmaciens qui n'auront point d'action, faute d'intérêt, puisqu'ils n'ont pas plus que tous autres le droit de vendre des remèdes de cette nature. Ce serait donc le Parquet seul qui pourrait prendre l'initiative de telles poursuites et il y a lieu de supposer qu'alors l'autorité aurait préalablement le soin de faire connaître ses intentions, en rappelant les prescriptions de la loi aux intéressés, car il serait plus que rigoureux de déférer à la police correctionnelle, sans les avoir mis en garde, des hommes d'une bonne foi incontestable qui n'ont évidemment d'autre mobile que l'intérêt de la science et de l'humanité.

Mais les médecins ne s'exposent-ils pas encore à la responsabilité autrement grave qu'édictent les articles 319 et 320 du Code pénal ainsi conçus :

Art. 319 : « Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 à 600 fr.

Art. 320 : « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende sera de 16 à 100 fr. »

Pour ceux qui admettent que les hommes de l'art sont responsables pénalement des faits de leur pratique, et nous sommes seul

(1) M. le docteur Augagneur, dans un intéressant article publié par la *Province médicale*, du 13 décembre dernier, qui nous est communiqué à l'instant, se demande si la lymphe n'est pas plutôt un *vaccin* qu'un véritable médicament devant échapper, par conséquent, aux prescriptions des lois sur l'exercice de la pharmacie et les remèdes secrets. Il peut y avoir là une importante question scientifique que nous ne voudrions aborder. Toutefois, malgré les usages et tolérances, en matière d'emploi du vaccin, nous inclinerions à penser que le vaccin constitue un véritable médicament ou remède (préventif il est vrai) puisqu'il entre au *corps humain*, selon les expressions de l'art. 6 de la déclaration de 1777, pour préserver d'une maladie. Ajoutons que le vaccin antivariolique auquel fait allusion M. Augagneur, n'est pas, à la différence de la lymphe, d'une composition secrète et n'a pas pour but la guérison d'une maladie existante.

procédés scientifiques d'expérimentation ont permi à Carl van Noorden (1887) et Pachoud (1888) de constater que chez les mélancoliques il y a le plus souvent accélération de la digestion et hyperacidité du suc gastrique, due presque exclusivement à la présence de l'acide chlorhydrique libre.

L'analyse de la *sécrétion biliaire* n'a pas été tentée chez les aliénés d'une façon aussi rigoureuse. On sait cependant que la bile se trouve en excès dans beaucoup de cas (mélancolie, états chroniques, délires toxiques) et qu'elle donne lieu, soit à des poussées subaiguës d'ictère, soit à la formation plus ou moins sourde de calculs qu'on retrouve en grand nombre à l'autopsie. L'atonie intestinale de certains lypémaniaques et fous systématisés peut se lier également à une sécrétion biliaire insuffisante.

La *sécrétion sudorale* est fréquemment altérée, comme on sait, dans les états émotifs et dans les maladies de la moelle épinière. Il en est de même chez les aliénés. Beaucoup ont la peau sèche, les cheveux hérissés et secs par suite d'une diminution de la sueur (anhidrose) : tels sont les mélancoliques, les stupides, les paralytiques généraux. D'autres, au contraire, transpirent d'une façon très abondante (hypéridrose), tellement parfois que les téguments deviennent froids et œdématiés (manie, neurasthénies émotives). Le début de quelques maladies mentales est marqué, dans certains cas, par la disparition de la sueur ou, au contraire, par l'apparition de sueurs locales ou générales (paralysie générale, folie hypocondriaque, neurasthénies. J'ai observé, dans quelques psychoses diathésiques, surtout dans l'arthritisme, un balancement très net entre l'état mental et la sécrétion de la sueur.

L'odeur nauséabonde que répandent beaucoup d'aliénés et que l'on a comparée depuis longtemps à l'odeur des souris, dépendrait plutôt, d'après Morselli, de la saleté ou de l'haleine fétide des malades que de la modification chimique des exhalaisons cutanées. Toutefois, une acidité plus grande accompagne ordinairement les phases d'agitation dans les folies cycliques. Quelques idiots exhalent une odeur de musc (Frigerio).

La *sécrétion sébacée* n'a guère été étudiée chez les aliénés. On ne la connaît d'ailleurs que très imparfaitement, même à l'état physiologique. M. Arnozan, d'après quelques expériences tentées avec moi à cet égard à l'aide de parcelles de camphre dont le mouvement giratoire est, comme on sait, brusquement arrêté dans l'eau par l'immersion de toute substance grasse, a constaté quelques particularités chez les aliénés, sans cependant observer encore rien de précis. A plusieurs reprises cependant, nous avons déterminé l'existence de matière sébacée, chez les paralytiques généraux, sur des points où il n'en existe pas habituellement, le creux axillaire par exemple.

L'étude du *sang* aurait pu trouver sa place, soit dans les fonctions de nutrition, soit dans les fonctions trophiques. Nous la rangeons ici, parce qu'elle est inséparable de celle de l'urine.

On a observé que chez la plupart des aliénés, soit au début, soit dans le cours des accès, le nombre des globules rouges est notablement diminué (mélancoliques, stupides, déments) et que cette hypoglobulie est surtout marquée chez les femmes. On a observé aussi, peut-être plus fréquemment encore, une diminution de la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang (formes dépressives et stupides). Chez les maniaques, la composition du liquide sanguin se rapproche de la normale. En tout cas, le rapport entre les globules rouges et les globules blancs n'est pas changé.

Dans un travail récent (*Mental science*, octobre 1890) le Dr Johnson Smyth indique les résultats de nombreuses expé-

Le Dr Johson Smyth, dans le travail cité plus haut, résume ainsi qu'il suit la composition de l'urine dans diverses formes d'aliénation :

| | Quantité d'urine en c.c. par jour. | Total des solides en gr. par jour. | Urée en gram. | Acide urique en gr. | Créatinine en gr. | Chlorure de sodium en gram. | Acide phosphorique en gram. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Etat de santé... | 1356,2 | 37,8 | 23,2 | 0,9 | 1,9 | 9,0 | 1,2 |
| Mélancolie...... | 1295,8 | 38,87 | 25,94 | 1,8 | | | 1,65 |
| Epilepsie, ...... | 1526,8 | 36,8 | 25,17 | 2,1 | | | 2,19 |
| Démence second. | 408 | 34,8 | 20 | 2,9 | 2,9 | | 0,69 |
| Paralysie général | 1578 | 47,0 | 26,0 | 3,1 | 3,3 | | 1,6 |

D'où il suit : 1° que la quantité d'urine excrétée est supérieure à la normale dans la paralysie générale et dans l'épilepsie, inférieure dans la mélancolie et la démence secondaire; 2° que le total des solides est surtout augmenté dans la paralysie générale; 3° que le chiffre de l'urée est légèrement en excès dans les psychoses, excepté dans la démence; 4° que l'acide urique est notablement au-dessus de la moyenne physiologique d'abord dans la paralysie générale, puis dans l'épi-

---

à soutenir le contraire dans notre *Code des médecins*, il y aurait là une question de pur fait à apprécier souverainement par les tribunaux. Le seul tempérament apporté par la jurisprudence à ce pouvoir souverain d'appréciation c'est qu'il faut une *faute lourde* et que, en outre, le juge doit éviter de se prononcer sur les systèmes, les opinions scientifiques, dans la crainte d'entraver outre mesure l'exercice de la profession. On ne saurait se dissimuler qu'un tribunal, en cas de décès ou de désordres graves dus à l'administration de la lymphe, pourrait voir une faute lourde dans le seul fait d'avoir employé un remède dont celui qui le prescrit ignore lui-même la composition, et cela sans que le juge puisse encourir le reproche de s'immiscer dans l'appréciation d'une opinion scientifique, puisqu'il s'agit d'un remède inconnu et qui échappe à tout examen.

Cette première considération doit donc engager à la plus extrême prudence et, à cet égard, nos praticiens semblent être d'accord pour l'application de ce sage précepte de la médecine française : *Primo non nocere*. C'est en ce sens qu'ont conclu notamment MM. les docteurs Cornil et de Ranse. Mais la responsabilité s'aggrave singulièrement et au point de devenir à peu près indiscutable, si l'on admet qu'il y a eu, en outre, dans l'espèce, selon les expressions de l'art. 319, inobservation des règlements et même des lois relatives à la matière, par l'emploi d'un remède secret.

Il est bien entendu que, à fortiori, la responsabilité civile se trouverait également engagée et que le médecin, en cas d'accident, pourrait être actionné en dommages-intérêts, par la partie lésée, soit devant le tribunal correctionnel, soit devant le tribunal civil, et il ne faut pas croire que l'autorisation formelle du malade ou de ceux sous l'autorité desquels il est légalement placé, suffirait pour mettre l'homme de l'art complètement à l'abri. Tout au plus verrait-on, dans l'emploi de cette précaution, une cause d'atténuation, tant au point de vue du chiffre de l'indemnité que de l'application de la peine.

C'est surtout si les décès venaient à se répéter que les hommes de l'art seraient exposés aux poursuites du Parquet, sans préjudice de l'action des parties lésées et, cette fois, sans autre avertissement que le cri d'alarme que nous jetons ici, dans leur unique intérêt, car il ne s'agirait plus, alors, de l'exécution de règlements spéciaux que, parfois, on laisse sommeiller, mais d'une simple application du droit commun.

A. Léchopié,
Avocat à la Cour de Paris.

lepsie et dans la démence ; 5° que la créatinine est également plus considérable dans la paralysie générale et dans la démence; 6° enfin, qu'il semble y avoir un léger excès d'acide phosphorique dans l'épilepsie, mais que ce principe diffère très peu de la normale dans les autres affections.

Pour ce qui est des éléments pathologiques de l'urine, c'est surtout l'albumine et le sucre qu'il est nécessaire de rechercher.

Le sucre peut se rencontrer, en proportions variables, chez les aliénés diabétiques, dans le délire aigu, le délirium tremens, l'alcoolisme chronique, l'épilepsie, la paralysie générale au début ou après des attaques congestives.

L'albumine, d'après Koppen (1888) serait surtout fréquente dans les délires liés à une néphrite chronique, à l'artério-sclérose, dans le délire aigu, la paralysie générale, l'épilepsie. Elle se présenterait soit sous sa forme habituelle, soit sous la forme de propeptone (semi-albuminose ou paralbumine). Dans certains cas de folie dite brightique (Dieulafoy, Raymond), l'état mental suit exactement les fluctuations de l'urémie.

Le Dr Marro (*Neurol, Centralblat* 1888) dit avoir constamment rencontré la peptonurie chez 21 déments, paralytiques. La quantité de peptone était parfois minime et il fallait de 800 à 1000 c.c. d'urine pour la réaction de Hofmeister. Elle était plns considérable dans les cas à marche aiguë ou à comriences faites par lui sur le sang des aliénés. Nous les résumons dans le tableau suivant :

| | Hémoglobine | Globules rouges par mm. cube. | Poids spécifique |
|---|---|---|---|
| Etat de santé........ | 93 0/0 | 5,106,000 | 1,056 |
| Mélancolie........... | 69,7 0/0 | 4,684,000 | 1,057 |
| Epilepsie............ | 62,8 0/0 | 4,520,000 | 1,059 |
| Paralysie générale... | 68,7 0/0 | 4,700,250 | 1,060 |
| Démence secondaire. | 53,7 0/0 | 4,070,250 | 1,061 |

D'où il résulte nettement que chez les aliénés il y a, d'une façon générale, diminution de l'hémoglobine et des globules rouges du sang, tandis qu'au contraire le poids spécifique de ce liquide s'y trouve augmenté. D'où il résulte aussi que les formes morbides dans lesquelles ces particularités se trouvent les plus marquées sont, par ordre décroissant : la démence secondaire, l'épilepsie, la mélancolie et la paralysie générale. Quant à la proportion comparative des globules blancs et des globules rouges, l'auteur affirme qu'il n'a pas trouvé de variation constante d'avec la normale.

La plus importante des sécrétions, chez les aliénés comme à l'état physiologique, est celle de l'*urine*.

*L'urine* peut être altérée, chez les aliénés, dans sa quantité et dans sa qualité.

Au point de vue quantitatif, nous devons nous borner à mentionner qu'elle augmente habituellement dans les formes de l'exaltation et diminue dans les formes dépressives.

Au point de vue qualitatif, ses altérations consistent en modifications des principes physiologiques ou introduction de principes pathologiques.

L'urée, les phosphates et les chlorures se retrouvent tantôt en excès (paralytiques et maniaques), tantôt au-dessous du chiffre normal (mélancoliques, déments).

Quant à l'acide phosphorique, il résulte des recherches de Mendel et de Mairet que dans la manie, la lypémanie et les périodes d'agitation de la folie, il y a augmentation des phosphates, surtout terreux, tandis que dans l'idiotie et la démence, où la nutrition générale est ralentie, il y a diminution de l'élimination de ces sels.

plication, L'auteur est allé jusqu'à affirmer que l'absence de peptone pouvait exclure la paralysie générale.

Le même Marro (Archivdi Frenatria 1889) a trouvé de l'acétone en quantité marquée dans l'urine des malades morts à la suite de délire aigu avec hallucinations terrifiantes. Il croit que la présence de cet élément morbide est en rapport avec l'existence de ce genre d'hallucinations.

On trouve aussi parfois, dans l'urine des aliénés, des cylindres, le plus souvent mélangés avec de l'albumine (états aigus) et du mucus, du pus, des cellules épithéliales, des leucocytes, jusqu'à du sang (démences paralytiques).

Il faut signaler enfin, pour mémoire, l'azoturie, l'urémie, avec ses formes convulsives et délirantes, l'ischurie, la strangurie, par spasme de col ou paralysie, la rétention et l'incontinence, consciente ou inconsciente (Féré).

*(A suivre.)*

## CLINIQUE MÉDICALE

### LA MÉTHODE DE KOCH A L'HOPITAL LAËNNEC

Dans sa troisième conférence à l'hôpital Laënnec, M. le professeur Cornil a communiqué à ses auditeurs des faits intéressants concernant la réaction fébrile et les variations de l'oxyhémoglobine chez les malades atteints de tuberculoses diverses et traités par la méthode de Koch. Tous les malades ont présenté la réaction générale ; par contre M. Humbert a fait, à l'hôpital du Midi, des inoculations avec le liquide de Koch à des syphilitiques, dont aucun n'a eu de réaction.

De l'observation des malades atteints de lupus, il ressort que les réactions fébriles consécutives aux injections de liquide de Koch ne se font pas suivant un seul type, mais peuvent simuler les différents types d'accès de fièvre intermittente, ainsi qu'en témoigne la marche de la température dans les cas suivants :

1er *type*. — Première injection à 11 heures. A 7 heures du soir, temp. rectale, 39°,4; à 9 heures, 37°,4. Le lendemain, à 7 heures, 39°,5; puis défervescence et oscillations entre 37° et 38°,2. Il en a été ainsi après les injections suivantes; l'élévation thermique se fait en deux temps, comme dans la fièvre intermittente quotidienne à deux accès.

2e *type*. — Première injection de 2 milligrammes; le lendemain, temp., 37°,5; le surlendemain, 38°,5, puis défervescence; deuxième injection de 3 milligr. : le lendemain, 40°,8, suivie de défervescence; troisième et quatrième jour, 39°, 39°,5, puis retour à la température normale. La poussée fébrile se fait en trois temps et simule une fièvre intermittente à accès répétés pendant trois jours.

3e *type*. — Chez un enfant de 7 ans, atteint de lupus de la face, la réaction locale consécutive a été très intense, mais la réaction générale tardive; il y a eu d'abord abaissement de la température à 36°,2; deux jours après seulement la température s'est élevée à 38°,2 et a ensuite baissé; le troisième jour, 39°,2, puis défervescence graduelle.

Pour ces recherches, M. Cornil a évité de prendre des malades atteints de tuberculose pulmonaire avec fièvre, chez lesquels on aurait difficilement apprécié les modifications thermiques. Ces faits montrent que M. Cornil avait eu raison de déconseiller les injections subintrantes, dont les effets s'accumuleraient. Chez les tuberculeux avec fièvre, la réaction générale est moins marquée que dans les cas de lupus.

M. Hénocque a étudié les variations de l'oxyhémoglobine chez 22 des malades de M. Cornil soumis au traitement de Koch. 1° Le plus souvent il y a eu, le 2e et le 3e jour après les injections, diminution de 1 à 5 0/0 de la quantité d'hémoglobine totale qui est de 14 0/0. Cette diminution est en rapport avec le nombre des injections plutôt qu'avec les doses

injectées; 2° dans 3 cas, cette diminution a été suivie d'une augmentation rapide de l'oxyhémoglobine qui a atteint 10 0/0, augmentation qui a coïncidé avec une amélioration des signes physiques de la tuberculose et de l'état général; 3° dans certains cas, il y a eu des variations nulles ou faibles; 4° chez trois autres, la quantité d'oxyhémoglobine s'est élevée de 12 à 13, de 13 à 14, de 10 à 12 0/0. Il ne paraît pas y avoir de relation entre les variations de la température et celles de l'hémoglobine.

Ces recherches concernant les variations de la température et les modifications de l'oxyhémoglobine sont très importantes; elles montrent bien quels sont les cas dans lesquels on peut continuer le traitement et ceux dans lesquels on doit le cesser, la diminution constante de l'oxyhémoglobine constituant une contre-indication formelle.

Il n'est pas indifférent, fait remarquer M. Cornil, de provoquer, chez un phtisique affaibli, des accès de fièvre qui augmenteraient encore sa faiblesse; aussi faut-il être très circonspect et ne continuer les injections de liquide de Koch chez les phtisiques que si les modifications de la température ne sont pas trop intenses.

— Dans sa 4e et dernière conférence, M. Cornil a étudié les modifications anatomiques qui ont lieu dans les lupus à la suite des injections de lymphe de Koch. La congestion des tissus lupiques est accompagnée d'une exsudation séreuse et de la formation de croûtes épaisses. A leur surface est une couche de sérosité contenant de nombreux leucocytes et au-dessous sont des couches alternatives de cellules épidermiques et de globules blancs migrateurs, venant des vaisseaux et s'accumulant dans les follicules tuberculeux pour en dissocier les éléments. Dans beaucoup de cas, la secrétion est très abondante et on y constate au microscope la présence de bacilles tuberculeux transportés par les leucocytes migrateurs; on y trouve aussi des microbes de la putréfaction et des streptococcus du pus, provenant de l'air; les bacilles tuberculeux sont éliminés en grande abondance, à la suite des injections. Cette élimination des bacilles ne peut être que favorable.

De ses expériences touchant l'action du liquide de Koch sur les lupus, M. Cornil conclut que les résultats poussent à continuer cette méthode de traitement pourtant; si les malades atteints de lupus ont en même temps de la tuberculose pulmonaire, il faut être prudent et ne continuer les injections que si celles-ci n'aggravent pas l'état du poumon; mais il faut surtout être très circonspect si l'on suspecte des altérations rénales. La malade qui avait eu de l'hématurie et de l'albuminurie après une 1re injection a eu, après une 2e injection de 1/2 milligr. une forte réaction à 40° et une défervescence lente qui a duré quatre jours; en même temps, les urines ont été légèrement sanguinolentes et albumineuses; du côté des poumons, la réaction est aussi intense, aussi a-t-on cessé le traitement chez cette malade.

Pour qu'il y ait amélioration dans les cas de tuberculose traités par la méthode de Koch, il faut que les produits sécrétés puissent être éliminés. Ainsi dans les tuberculoses osseuse et articulaire, les résultats curatifs en sont très problématiques; après l'inoculation, le malade éprouve une tension excessive de son articulation, et si douloureuse que la moindre trémulation du sol cause des crises de douleurs intenses. Si toutefois les abcès osseux communiquent à l'extérieur par une fistule, les éléments secrétés pouvant se déverser au dehors, la douleur est moindre. Dans un cas de tuberculose de l'épididyme droit, une première injection a amené un gonflement considérable de ce côté, et une tumeur du volume du bout du doigt à l'épididyme gauche qui paraissait sain. D'autres injections ont encore augmenté ce gonflement qui a diminué dans la suite, il n'y a pas eu de résultat curatif.

Dans la tuberculose laryngée les résultats pourront être meilleurs, à condition de se tenir prêt à enlever par la curette les tissus mortifiés et à intervenir en cas d'accident. M. Gouguenheim a inoculé quatre malades de cette catégorie, mais n'a observé aucune réaction, en raison des faibles doses, 1/2 à 3/4 de milligr., employées par mesure de prudence.

C'est dans la tuberculose pulmonaire qu'il faut être surtout prudent. Le traitement de Koch est absolument contre-indiqué dans la tuberculose miliaire généralisée du poumon, car dans ce cas on s'exposerait, en occasionnant de l'engorgement autour des points tuberculeux, à convertir le poumon en un bloc dur et le malade mourrait étouffé. Il en est de même dans les formes aiguës ou galopantes et dans la forme dite granuleuse pneumonique; dans les phtisies avancées avec grandes cavernes, ramollissement et granulations tuberculeuses, le traitement de Koch ne saurait être que nuisible.

Peut-on faire des injections dans la tuberculose au début? Chez un de ses malades dont les lésions pulmonaires étaient au début, après chaque injection s'est produite une congestion intense allant presque à l'hépatisation. Dans un autre cas, où existaient aux sommets des cavernules et des foyers de ramollissement très limités, on a constaté des phénomènes semblables. M. Cornil a jugé prudent de cesser les inoculations et conseille de s'abstenir de ce traitement, de peur de causer des altérations profondes et permanentes.

On a prétendu que les hémoptysies étaient supprimées par les injections de Koch; il n'en est rien; et, en effet, dans certains cas, M. Cornil a vu des crachats sanguinolents après des injections chez des malades qui n'avaient pas eu encore d'hémoptysie. Un de ses malades a eu un épanchement pleurétique intense consécutif à une injection.

Le traitement trouve une autre contre-indication chez les individus porteurs de lésions pulmonaires et même de cavernes très limitées, qui paraissent bien se porter, à condition de prendre de grandes précautions diététiques et hygiéniques, et qui peuvent vivre longtemps: les injections, en congestionnant les poumons, transformeraient un processus éteint en processus actif.

Les injections de liquide de Koch ne peuvent produire de bons résultats que chez les malades qui ont peu de fièvre, qui ont des cavernes communiquant avec les bronches. Ils réagissent peu, crachent davantage, et se trouvent soulagés.

M. Cornil conclut en exprimant l'avis qu'il n'y a pas d'espoir de guérir tous les tuberculeux; on ne peut espérer plus que d'en améliorer quelques-uns et en petit nombre; on n'aura guère de bons résultats que dans la tuberculose cutanée.

Dr F. Deléage.

## REVUE DE THERAPEUTIQUE

### LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

(*Suite*) (1).

IX. — Recherches histologiques sur l'action du remède de Koch dans les cas de tuberculose, par le Dr E. Kromeyer. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 49, p. 1138.

X. — Résultats des expériences faites a la clinique de Gœt-

(1) Voir les numéros 48, 49 et 51.

tinguë avec le remède de Koch, par le prof. Ebstein. *Ibidem*, n° 51, p. 1203.

XI. — Observations concernant l'emploi du remède de Koch, par le Dr A. Fraenkel, de Berlin. *Ibidem*, p. 1210.

XII. — Observations cliniques concernant l'emploi du remède de Koch (notamment chez deux femmes enceintes), par le D Hofmeier. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 53, p. 1205.

IX. — Chez une femme de 29 ans, de souche tuberculeuse affectée d'un lupus du nez et de la joue gauche, on a fait une injection du remède de Koch, de la valeur de 5 milligrammes, le 25 novembre à 3 heures du matin. Les parties de la peau, envahies par le lupus ont commencé à présenter les phénomènes réactionnels bien connus, à 2 heures; la rougeur et la tuméfaction ont gagné des parties saines de la peau, joues et paupières. La malade s'est plaint d'éprouver des douleurs vives dans les parties malades. Les ganglions cervicaux, indemnes jusque-là se sont légèrement engorgés. A 6 h. 3/4 on excise un lambeau cutané de la joue gauche, long de 2 centimètres, large de 1/2 centimètre. Ce lambeau est constitué moitié par la peau saine, moitié par la peau lupeuse. On le coupe en deux fragments, dont l'un est déposé dans de l'alcool absolu, l'autre dans une solution de Flemming et durci dans de l'alcool.

L'examen histologique a eu lieu après inclusion dans la celloïdine, sur des coupes, les unes non colorées, les autres colorées soit avec le picrocarmin, soit avec le carmin, soit avec la vésuvine, ou avec l'hématoxyline, ou avec l'hématoxyline-éosine. C'est ce dernier procédé qui a donné les meilleurs résultats. Les recherches de l'auteur démontrent en somme, que les injections du remède de Koch développent, au pourtour des tubercules, une inflammation circonscrite qui aboutit à la suppuration du nodule tuberculeux. Ce résultat est en contradiction avec ce que Koch avait annoncé au sujet du mode d'action de son remède (modification directe, immédiate, du tissu tuberculeux). Il explique aussi le danger qui peut résulter de l'emploi du remède de Koch dans les cas de tuberculose pulmonaire disséminée.

X. — D'une communication de M. Ebstein nous détachons l'observation suivante, qui nous montre la réaction consécutive à l'injection du remède de Koch, se traduisant par de l'hypothermie chez un sujet manifestement tuberculeux.

Une femme de 33 ans, mère de trois enfants, était enrouée depuis l'hiver 1889. En l'examinant le 19 novembre dernier, on constata des signes de lésions tuberculeuses au début, dans les deux sommets, et ceux d'une laryngite tuberculeuse. Les crachats, peu abondants, contenaient des bacilles spécifiques en quantité moyenne. Du 22 novembre au 18 décembre on a fait à la malade 8 injections du remède de Koch, aux doses progressivement croissantes de 1 à 10 milligrammes. Non seulement il n'y a jamais eu d'élévation de la température corporelle consécutivement aux injections, mais encore, à partir du 28 novembre, la température axillaire de la malade s'est maintenue au-dessous de la normale, entre 36°,6 et 35°,8 alors qu'avant la cure, le thermomètre placé dans l'aisselle marquait 37°,3. Les mensurations faites dans le vagin et dans le rectum ont donné des résultats concordants. De plus, le 23 novembre, à la suite d'une injection de 2 milligrammes, la malade a eu des vomissements, de l'arythmie cardiaque (environ 126 P), de l'albuminurie, signe qu'on n'avait pas constaté jusqu'alors. Du 15 au 18 décembre, la malade avait maigri de 1 livre 1/4. Pendant la durée de la cure, la fréquence du pouls a oscillé entre 126 et 66, et la fréquence des mouvements respiratoires entre 30 et 18.

L'amaigrissement a été de règle chez les malades traités par Ebstein; un malade a fait exception, qui mérite une mention spéciale, car il était porteur d'une lésion tuberculeuse du pénis. Il s'agit d'un tisseur, âgé de 17 ans, affecté de lésions tuberculeuses des deux sommets, et d'une légère laryngite. Il avait un phimosis très prononcé, qu'on opéra. Le gland était le siège d'un foyer d'induration, de 1 centimètre de diamètre, qui se prolongeait dans le corps caverneux de l'urèthre sur une longueur de 5 centimètres, induration indolente. La peau et le tissu sous-cutané ne présentaient rien d'anormal. L'urine, albumineuse, donnait un sédiment riche en globules de pus, en globules rouges et en bacilli tuberculosi. En pressant sur l'urèthre, en arrière du foyer d'infiltration, on faisait apparaître au méat, un peu de pus contenant de ces mêmes bacilles. Léger engorgement des ganglions inguinaux. Rien d'anormal à la prostate et aux testicules. Le rein gauche était légèrement douloureux à la pression. Le malade n'avait pas de fièvre. Ce n'est qu'après une cinquième injection du remède de Koch, de 0,01, qu'il a présenté une réaction fébrile, sans réaction locale. Peut-être le foyer d'induration du pénis était-il devenu un peu moins dur au toucher.

Chez un autre malade de M. Ebstein, un musicien âgé de 30 ans, atteint d'une pleurésie exsudative récente, de lésions dans les deux poumons, d'une endocardite et d'une néphrite, une injection de 5 *dixièmes de milligramme* a provoqué une réaction très vive (40°,4). En même temps, le pouls est devenu filiforme, l'albuminurie a augmenté, il est survenu de l'ictère; bref, la vie du malade s'est trouvée sérieusement en danger.

XI. — Entre autres renseignements curieux, la communication de Fraenkel contient la relation d'un cas de catarrhe des sommets, compliqué d'une otite médiane tuberculeuse du côté droit. Sous l'influence des premières injections, l'écoulement qui se faisait par l'oreille malade a subi une augmentation considérable ainsi que le nombre des bacilles y contenus. En même temps, le malade a éprouvé passagèrement une sensation insolite, comme si un corps étranger s'était logé dans son oreille malade. Puis l'écoulement a de nouveau diminué jusqu'à se tarir complètement pendant les deux derniers jours de la cure; mais, jusqu'au bout, le pus se distinguait par sa grande richesse en bacilles spécifiques.

Vient ensuite une observation de péritonite tuberculeuse diffuse suppurée, qui avait été opérée avec succès suivant le procédé de Kœnig. La plaie abdominale s'était cicatrisée par première intention. L'opération avait eu lieu le 13 octobre. Le 11 novembre, le malade avait quitté l'hôpital considérablement amélioré. Il est revenu le 24 novembre, pour se soumettre au traitement par le remède de Koch. On lui a injecté le remède aux doses croissantes de 0,004 à 0,05. Il n'y a pas eu d'autre réaction apparente qu'une sensibilité exagérée du ventre; une fois, la température vespérale du malade s'est élevée à 38°. En somme, ce fait fournit la preuve de l'efficacité possible de l'intervention opératoire dans les cas de péritonite tuberculeuse.

Un autre malade, un jeune homme de 16 ans, présentait des engorgements ganglionnaires du cou et de l'aisselle droite. Pour élucider la question de savoir si cette hyperplasie des ganglions lympathiques était de nature tuberculeuse, ou s'il s'agissait d'un cas de pseudo-leucémie, on eu recours aux injections du remède de Koch. Les premières injections ont été très bien supportées, elles n'ont eu d'autre effet que de faire monter la température vespérale d'un demi-degré. Le cinquième jour, on injecta 1 centigramme du remède; le lendemain le malade présenta un ictère si intense, avec albuminurie, qu'on crut devoir suspendre le traitement. Depuis lors le malade a succombé aux progrès de l'adynamie. L'autopsie

a démontré qu'il s'agissait d'un cas de pseudo-leucémie (lymphomes des ganglions cervicaux, médiastinaux, rétropéritonéaux, mésentériques et du bassin). Nulle part trace de lésions tuberculeuses.

Notons encore le cas d'un rentier, malade de la poitrine depuis trois ans, diabétique, chez lequel on avait diagnostiqué des lésions tuberculeuses des deux sommets, et qui n'a pas présenté le moindre phénomène réactionnel, malgré qu'on lui eut injecté jusqu'à 1 centigramme du remède de Koch.

XII. — Le travail de Hofmeier nous fournit les premiers renseignements relatifs à l'influence du remède de Koch sur la sphère génitale chez la femme.

Le remède semble être sans influence sur la menstruation à en juger par les résultats des expériences faites sur 6 dames qui ont été menstruées peu de temps ou dans le cours du traitement. Chez une de ces malades on a fait, durant la période menstruelle, quatre injections du remède de Koch (quantité totale de lymphe injectée, 0,012); l'écoulement menstruel n'a été modifié ni qualitativement ni quantitativement. Il en a été de même chez une autre femme, à laquelle on a fait une injection (0,006) le premier jour de l'époque menstruelle, et une autre en pleine période, etc. Chez aucune de ces six femmes il n'y a eu exagération de la réaction fébrile, à la suite des injections faites pendant la période menstruelle, et cependant, comme d'habitude, le remède de Koch était injecté à doses progressivement croissantes.

Deux malades, traitées par M. Hofmeier, étaient enceintes. La première, une dame de 28 ans, de souche tuberculeuse, de constitution délicate, avait donné le jour à six enfants vivants, dans l'espace de huit années; elle était au quatrième mois de sa septième grossesse. Les deux sommets étaient le siège de lésions anciennes. Au début de la cure, les crachats, peu abondants, ne contenaient pas de bacilles. Les premières injections (0,001 à 0,006) n'ont été suivies d'aucune réaction. Dans le cours du traitement, la malade a augmenté de poids. La grossesse n'a présenté aucune anomalie.

L'autre cas concerne une jeune fille de 25 ans, entrée à l'hôpital au septième mois d'une grossesse; elle avait une bronchite du lobe inférieur gauche. Comme elle appartenait à une famille qui comptait des tuberculeux, et qu'elle ne crachait pas, on crut devoir recourir aux injections du remède de Koch, pour élucider la question de diagnostic. Les deux premières injections (2 à 4 milligrammes) n'ont pas entraîné d'élévation de la température corporelle. Après la troisième (0,008), la température interne s'est élevée de 37°,8 à 37°,8, et après la quatrième (0,01) de 36°,9 à 39°,6. D'un autre côté, le pouls fœtal a subi une accélération marquée après chaque injection, ainsi de 146 à 160 après la troisième injection (0,008), de 160 à 180 après la quatrième injection (0,01). Cette influence, exercée sur le pouls du fœtus, ne se manifestait que le lendemain du jour où le remède avait été injecté à l'organisme maternel. Quant au reste, la mère n'a éprouvé rien d'insolite dans le ventre; pas de contractions utérines notamment. Il a semblé seulement qu'après chaque injection le fœtus était plus agité.

E. Ricklin.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches expérimentales de la calorimétrie animale, par le Dr C. Sigalas. (Paris, O. Doin, éditeur. 1890.)

L'étude de la calorimétrie animale est, par sa complexité, un des problèmes qui ont le plus excité les recherches des physiologistes.

Malgré de nombreux travaux, il reste encore beaucoup de points douteux, et nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir choisi un pareil sujet d'étude.

Son travail débute par un historique détaillé de la question, puis vient la description de l'appareil ingénieux qui lui a servi dans ses recherches.

Cet appareil permet de mesurer dans la même expérience, la chaleur dégagée ainsi que les quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé, de façon à obtenir simultanément toutes les données du problème.

Les détails du contrôle du calorimètre et de toutes les précautions de mise au point sont fort bien décrits.

Les expériences ont été faites sur l'animal sain et sur l'animal rendu fébricitant, par injection d'un liquide septique. Les conclusions apportent de nouveaux faits qui prouvent combien cette partie si importante de la physiologie est encore peu connue.

La chimie et la pharmacie a l'Exposition Universelle de 1889, par A. Nicot. (O. Doin, éditeur. Paris 1890.)

Ce compte rendu fait avec la plus grande impartialité, sera lu avec intérêt par tous ceux qui n'ont pas eu le loisir d'examiner en détail les produits et les appareils exposés dans la section XLV.

Tout y est relaté avec un soin minutieux, les procédés de fabrication des alcaloïdes; les appareils pour la concentration des extraits, enfin tout ce qui a rapport aux nombreux produits chimiques que le commerce livre à la pharmacie.

Pour terminer cette promenade scientifique, l'auteur donne une description sommaire des instruments destinés aux recherches de tout genre, et des produits exposés dans les sections étrangères.

Etude pratique de la pepsine, par E. Chassaing. (O. Doin, éditeur. Paris.)

Dans cette étude se trouvent réunis les principaux travaux auxquels a donné lieu le ferment gastrique. L'auteur s'est particulièrement occupé de sa préparation.

Sa compétence bien connue en pareille matière et les consciencieuses recherches qu'il a faites depuis nombre d'années, lui permettent de formuler les conclusions les plus nettes sur la nature de la pepsine, sur sa fabrication et sur les résultats qu'elle doit donner à l'essai lorsqu'elle a été bien préparée.

Pour lui, l'alcool faible n'entraîne en rien l'action du ferment gastrique, tandis que le tannin et les substances qui en renferment sont incompatibles, enfin l'acidité du suc gastrique est due à l'acide chlorhydrique en grande partie combiné.

Dr L. Florain (d'Orléans).

## BULLETIN

### PROJET DE RÉFORMES DANS L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Nous avons, dans notre avant dernier *Bulletin*, établi, avec M. Huchard, le principe de réformes dans notre enseignement médical. Sur quelles bases ces réformes doivent-elles s'effectuer? Nous allons faire connaître, à titre de documents, les différentes propositions qui ont été émises.

Et d'abord on nous permettra, pour suivre l'ordre chronologique, de reproduire les conclusions du travail que nous avons publié, à cette place même, en 1870, et que nous avons rappelé dans un précédent numéro. Ces conclusions, sous forme de propositions, sont les suivantes :

« Transformation des deux années de stage en deux années d'internat obligatoire.

« Remplacement de l'internat actuel par une extension plus large donnée à l'institution des chefs de clinique.

« Maintien de l'enseignement officiel à côté de l'enseignement libre.

« Institution d'un jury d'examen complètement indépendant du corps enseignant, soit libre, soit officiel.

« Division de l'enseignement de la Faculté en enseignement élémentaire, confié à des professeurs agrégés, et haut enseignement occupé par des professeurs.

« Nomination des agrégés par la voie du concours.

« Choix des professeurs basé sur l'importance de leurs travaux et de leurs découvertes.

« Amélioration des conditions matérielles assurant aux uns et autres l'indépendance et la tranquillité. »

Voici maintenant les réformes les plus urgentes proposées par M. Huchard :

« I. — DANS LES HOPITAUX :

« 1° Suppression du concours de l'externat comme inutile, le nombre des places à donner dépassant souvent celui des candidats. Economie : 200,000 francs sur le budget des hôpitaux.

« 2° Comme en Allemagne, en Russie, en Autriche et partout ailleurs, choix des chefs ou aides de clinique (docteurs en médecine) par les chefs de service.

« 3° Nomination de chefs de laboratoire ou d'assistants pour démontrer et enseigner dans les hôpitaux l'anatomie pathologique, la bactériologie, la propédeutique et la clinique, la thérapeutique expérimentale et clinique, etc.

« 4° Recrutement des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux par des concours différents de ceux qui existent et qui sont réellement illusoires. Car, il faut avoir le courage de l'avouer, malgré le choix souvent heureux des élus, ceux-ci se trouvent trop ordinairement désignés avant les épreuves. Concours inutiles, quand ils ratifient le choix de l'opinion publique ; concours injustes, lorsqu'ils font nommer, à la faveur, les candidats qui *ont leur jury*.

« 5° Les chefs de service dans les hôpitaux, n'ayant pas seulement des devoirs à remplir envers les malades, mais encore envers les élèves, devraient se consacrer à l'enseignement et utiliser les énormes ressources cliniques à leur disposition. Ainsi, la médecine pratique, *qui ne s'apprend qu'au lit des malades*, se trouverait largement enseignée sans charges budgétaires nouvelles.

« II. — DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE :

« 1° Pour les professeurs, remplacer le traitement qui, bien à tort, fait d'eux de simples fonctionnaires, par une indemnité fixe, à laquelle s'ajouterait, comme traitement éventuel, la rétribution scolaire de leurs élèves. Ceux-ci auraient donc le droit, comme dans tous les autres pays, de s'instruire, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux, soit ailleurs. De cette façon, on réaliserait les deux conditions indispensables du succès d'un enseignement : *l'émulation et la concurrence*. A chacun selon ses œuvres et selon le succès de ses leçons. A l'étranger, le titre de professeur n'est pas le but pour arriver à la clientèle, mais la consécration des succès obtenus dans l'enseignement.

2° Séparation absolue du corps enseignant et du corps examinant, dans l'intérêt des études, pour éviter les inconvénients d'une science officielle, et pour rendre effective la liberté de l'enseignement supérieur qui, en réalité n'existe pas. »

Le concours des hopitaux, tel que M. Huchard le comprend, se composera de trois épreuves :

« 1° La première serait l'épreuve sur titres. On ne devrait tenir compte que des travaux originaux, non des œuvres de compilation et d'érudition. Pour cette épreuve, le jury serait composé de tous les médecins des hôpitaux sans exception, appelés à voter sur les mérites scientifiques de chaque candidat.

« 2° La seconde épreuve serait celle de clinique et de thérapeutique. Le candidat aurait au moins 20 minutes pour examiner un malade, et une heure pour faire une composition écrite, dans laquelle il discuterait le diagnostic, le pronostic et les indications du traitement.

« 3° La troisième et la dernière épreuve serait celle de deux malades que le candidat aurait à examiner pendant 30 ou 40 minutes et au sujet desquels il serait appelé à parler pendant une demi-heure après dix minutes de réflexion. »

En attendant, M. Huchard propose que l'admissibilité soit définitive et qu'un candidat nommé admissible n'ait plus à subir les deux premières épreuves.

Le projet de notre confrère est actuellement en discussion devant la *Société médicale des hôpitaux* (1).

M. Strauss, s'inspirant du même projet, a porté devant le Conseil municipal de Paris, les propositions suivantes :

« 1° Suppression du concours de l'externat.

« 2° Choix des internes, ou plutôt des assistants (docteurs en médecine) par les chefs de service.

« 3° Nomination de chefs de laboratoire pour démontrer et enseigner dans les hôpitaux l'anatomie pathologique, la bactériologie, la propédeutique, la thérapeutique, etc.

« 4° Nomination des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux non plus au moyen de concours illusoires.

« 5° Enfin création d'une École pratique des hôpitaux. »

Cette dernière proposition rappelle un grand projet qu'avait autrefois caressé Husson, celui de créer, avec les ressources cliniques de l'Assistance publique, une Ecole municipale de médecine.

Pour compléter ces documents, nous devons rappeler qu'à l'ouverture de son cours pratique d'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu, M. Cornil à émis le vœu de voir créer, dans les grands hôpitaux, des places de prosecteurs ou de directeurs de laboratoire, ayant pour mission de faire toutes les autopsies de l'hôpital, de les cataloguer et d'en conserver le compte rendu, qui pourrait servir aux publications faites par les médecins, internes et directeur du laboratoire. Ils dirigeraient en outre les internes et externes qui voudraient travailler dans le laboratoire. Ils devraient être assimilés aux médecins des hôpitaux et nommés avec toutes les garanties de compétence pratique et de travaux antérieurs.

Le même professeur a eu, dans son laboratoire d'anatomie pathologique, l'initiative d'une mesure qui répond au vœu, exprimé maintes fois, de la rétribution directe des professeurs par les élèves. Il a, en effet, inauguré des cours privés et payants de bactériologie pratique et d'histologie pathologique, qu'il a confiés à trois de ses élèves. Des cours analogues et également payants ont été établis depuis à l'Institut Pasteur. C'est là un heureux précédent, qui pourra conduire à une réforme plus générale.

(1) Dans son avant-dernière séance, la Société médicale des hôpitaux, entrant dans la voie des réformes, a décidé que MM. Besnier et Vidal auraient, dans leur service respectif de l'hôpital St-Louis, un *assistant* nommé au concours. Un médecin du bureau central aura droit de choisir cette place.

Ce n'est pas seulement à Paris que souffle un vent de réformes : voici, à propos de l'agrégation, la conclusion d'un rapport qui a été adopté par le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux :

« 1° En cas de vacance d'une chaire, tous les titulaires de la même chaire dans les Facultés de médecine de France seront appelés à établir une liste de divers candidats, laquelle sera soumise à la Faculté intéressée.

« 2° La titularisation appartiendra toujours à la personne, jamais à la chaire.

« 3° Les agrégés pourront, après neuf ans d'exercice, être maintenus en fonctions à titre définitif, sur la proposition du Conseil de la Faculté.

« 4° Les agrégés seront pourvus de droit et selon leurs désirs des emplois vacants de professeur dans les Ecoles secondaires et les Ecoles de plein exercice, et pourront revenir par permutation dans une Faculté après avis de l'Ecole ou de la Faculté intéressée.

« 5° Les enseignements nouveaux sans exception, en dehors des enseignements faits par des titulaires, seront réservés aux agrégés. »

Le rapprochement de ces divers documents permettra au lecteur de nous suivre plus facilement dans l'examen et l'appréciation des réformes proposées : ce sera l'objet de notre prochain *Bulletin*.

D. F. DE RANSE.

## NOTES ET INFORMATIONS

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. (*Séance du 27 Décembre.*) M. Proust donne quelques renseignements sur la situation sanitaire extérieure. L'état des populations du Hedjaz et de la mer Rouge est toujours satisfaisant. Mais du côté de la Syrie et des pays environnants le choléra continue sa marche envahissante. L'apparition de la maladie à Tripoli menace la capitale du Liban, Beyrouth. A Alep, il y a eu plusieurs cas de choléra, du 18 au 21 décembre. L'épidémie continue ses progrès à Masachi et à Adana.

A la dernière séance du conseil d'Alexandrie, M. Catelan, médecin sanitaire de France, a présenté, au nom des membres délégués des puissances européennes, un ordre du jour de reconnaissance envers le khédive et le gouvernement égyptien, dont le concours a permis d'appliquer des mesures de préservation sérieuses et efficaces contre l'importation du choléra en Egypte et en Europe. Cette adresse a été à l'unanimité et transmise à Riaz-Pacha.

M. le docteur Thoinot donne ensuite lecture d'un rapport sur la fièvre typhoïde en France. Les conclusions votées par le comité sont les suivantes :

I. L'eau est le véhicule principal de la fièvre typhoïde : eau souillée et fièvre typhoïde sont deux termes qui s'enchaînent pour une ville.

II. L'assainissement d'une ville contre la fièvre typhoïde se résume dans un terme majeur : la pureté de l'eau et sa protection contre toute souillure ; tous les autres termes sont secondaires et indirects.

III. Une ville n'est vraiment assainie contre la fièvre typhoïde que lorsque toutes ses parties sans exception reçoivent toujours, et en tout temps, de l'eau pure, lorsque toutes les eaux suspectes sont radicalement supprimées et qu'il n'entre plus une seule goutte de ces eaux dans la consommation.

IV. Les villes foyers de fièvre typhoïde sont un danger national, un danger pour l'ensemble du territoire.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Mercredi dernier le Conseil supérieur de l'instruction publique, a tenu au ministère de l'Instruction publique, la première séance de la session ordinaire.

M. Bourgeois, qui présidait, a, en ouvrant la séance, retracé brièvement, en termes émus, la longue carrière de M. Gavarret, inspecteur général honoraire des Facultés de médecine, décédé depuis la dernière séance, et il a fait l'éloge de son successeur au Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Parmi les divers projets de décrets ou d'arrêtés que le Conseil aura à examiner en figure un qui intéresse la jeunesse de nos Écoles.

Par une singulière anomalie, l'obligation de la vaccination ou de la revaccination n'est pas exigée des étudiants en médecine qui, cependant, leur inscription prise, peuvent, dès le lendemain, entrer dans les hôpitaux et s'y trouver en contact avec les varioleux. La Faculté de médecine de Paris s'est émue de cette situation et le Conseil supérieur de l'instruction publique aura à examiner un projet d'arrêté relatif à la vaccination des étudiants en médecine.

## NOUVELLES

— Par décret du 20 décembre, toutes les mesures prises en vue de l'épidémie de choléra qui sévissait en Espagne sont rapportées.

### Faculté de médecine de Paris.

— Les vacances de la Faculté commenceront le 28 décembre 1890 et se termineront le 4 janvier 1891.

— Le personnel auxiliaire de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires, pour la présente année scolaire, est composée comme suit : *chef de clinique*, M. Albarran ; *chefs de laboratoire*, MM. Hallé (section de bactériologie et d'histologie) et Chabrié (section de chimie).

### Facultés et écoles des départements.

*Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé, pendant la présente année scolaire, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le docteur Berne, professeur de pathologie chirurgicale.

M. le docteur Gangolphe, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie chirurgicale, pendant la durée du congé accordé à M. Berne.

*Ecole de médecine d'Alger.* — M. le docteur Laporte est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale.

*Ecole de médecine d'Amiens* — M. le docteur Fournier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

*Ecole de médecine de Clermont.* — Un congé, sans traitement, pendant la présente année scolaire, est accordé, sur sa demande, à M. Glangeaud, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

*Ecole de médecine de Limoges.* — M. le docteur Devaux est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

*— Corps de santé de la marine.* — Par décret du 17 décembre 1890, a été nommé dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin de 2e classe (pour compter du 17 décembre 1890) M. le médecin auxiliaire de 2e classe Ardeher (Emile-Jean-Louis) docteur en médecine.

*— Assistance publique de Paris. — Service du traitement à domicile.* — Un concours pour des emplois de médecins de traitement à domicile s'ouvrira le 16 février 1891, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, de 11 heures à 3 heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à 4 heures inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur en médecine, d'une faculté de l'état et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions on dans un quartier limitrophe.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

— Dans son avant-dernière séance la société médicale des hôpitaux a voté, dit-on, la création d'un service de dermatologie dans les hôpitaux de Lourcine et du Midi.

*Hôpitaux de Paris.* — Par suite de la mise à la retraite de MM. Mesnet, Laboulbène, Féréol et Vidal, et du décès de M. Siredey, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 1er janvier prochain, dans le personnel des médecins :

M. Lancereaux passera de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; M. Brouardel, de la Pitié à la Charité ; M. Cornil, de Laënnec à la Charité ; M. du Castel, de l'hôpital du Midi à Saint-Louis ; M. Landrieux, de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. A. Robin, de l'hospice des Ménages à la Pitié ; M. Muselier, de Tenon à la Pitié ; M. Landouzy, de Tenon à Laënnec ; M. Balzer, de Lourcine au Midi ; M. Ballet, de La Rochefoucand à Saint-Antoine ; M. Talamon, de Sainte-Périne à Tenon ; M. Brault, du Bureau central à l'hospice des Ménages ; M. Renault, du Bureau central à Lourcine ; M. Brocq, du Bureau central à La Rochefoucauld ; M. Comby, du Bureau central à Sainte-Périne.

Par suite de la nomination de M. Le Dentu comme professeur de clinique chirurgicale et de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Cochin, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 1er janvier prochain, dans le personnel des chirurgiens :

M. Th. Anger passe de Cochin à Beaujon ; M. Schwartz, de la Maison de Santé à Cochin ; M. Quénu, de Bicêtre à Cochin ; M. Nélaton, d'Ivry à la Maison de Santé ; M. Prengrueber, du Bureau central à Ivry ; M. Campenon, du Bureau central à Bicêtre.

— Le concours du prix de l'internat (médecine) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Souques et la *médaille d'argent* à M. Mosny ; une *mention honorable* a été accordée à M. Luzet.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris*

**Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin**, par le Dr Vaton, membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Une brochure in-8° de 100 pages avec 7 figures dans le texte et 8 planches hors texte — Prix, 3 fr. 50.

**Revue critique des Congrès d'hygiène et d'assistance** (Paris, 1889), par le Dr Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance. — Une brochure in-8° de 125 pages. — Prix, 3 fr.

**Des nævi pigmentaires** (taches de naissance, lignes, envies), anatomie descriptive et microscopique, diagnostic, pathogénie et traitement, par M.-L.-A. Hugues, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la clinique d'accouchement et de gynécologie. — Une brochure de 165 pages, avec figures dans le texte. — Prix, 3 fr. 50.

*Le Rédacteur en chef et gérant*, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME SEPT DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1890

## A



## B



## C

## D



## E



## F



## G



## H

I



K



L



M



N



O

## P



## Q



## R



## S



## T

## U



## V



## Z

# TABLE DES AUTEURS